

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

297

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert LEROY

Né le 23 septembre 1905, à Pont-Sainte-Maxence (Oise)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'ACCALMIE TRAITRESSE
DANS LES
AFFECTIONS CHIRURGICALES AIGÜES
DE L'ABDOMEN

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert LEROY

Né le 23 septembre 1905, à Pont-Sainte-Maxence (Oise)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'ACCALMIE TRAITRESSE
DANS LES
AFFECTIONS CHIRURGICALES AIGÜES
DE L'ABDOMEN

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN.. G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RICHEZ Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ABRAMI. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. CHIRAY. DONZELOT. DUVOIR. HARVIER. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SÉZARY.	Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCQ. CADENAT. GATELLIER. HEITZ-BOYER. MOURE. QUÉNU. SCHWARTZ. VELTER.	Clinique chirurgicale.
MM. ÉCALLE. GUÉNIOT. LE LORIER. LÉVY-SOLAL. METZGER.	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. CHAILLEY-BERT, agrégé ... LEDoux-LEBARD WEIL-HALLÉ FREY.....	Éducation physique. Radiologie clinique. Puériculture. Stomatologie.
--	---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

Faible témoignage d'affection et de reconnaissance pour tout ce que je leur dois.

A MON ONCLE

M. LE DOCTEUR LOUIS FRIGAUX

Ex-assistant à l'Hôpital d'Urologie

Hommage affectueux, en souvenir des leçons de haute morale professionnelle qu'il me donna par son exemple.

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

Officier de la Légion d'honneur

*Pour le grand honneur qu'il m'a fait en
acceptant de présider cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HENRI MONDOR

Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, bien
modeste rappel de travaux qui lui sont chers.*

*Je tiens à lui exprimer ici mon immense
gratitude pour l'enseignement qu'il m'a pro-
digé dans son service et la sympathie qu'il
me témoigna toujours.*

*Je suis heureux et fier d'avoir été son
interne.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR A. BAUMGARTNER

Chirurgien de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

Qui fut le guide bienveillant de ma première année d'internat en chirurgie, et qui joignit à l'exemple de hautes qualités morales et à son autorité professionnelle d'aimables marques de sympathie à mon égard.

Je lui suis redevable, à plus d'un titre, de ma reconnaissance et le prie d'accepter ce faible témoignage de ma respectueuse affection pour tout ce que je lui dois.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR G. PICOT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

Hommage de reconnaissance et respectueux souvenir d'un temps trop court passé auprès de lui.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR CHEVRIER

Chirurgien de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de gratitude pour sa paternelle bienveillance.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LOUIS DEVRAIGNE

Chef du Service de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui me réserva dans son magnifique service un accueil si cordial.

Qu'il trouve ici l'expression de mon respectueux attachement et de ma reconnaissance pour toutes les marques d'affection qu'il me prodigua.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GEORGES LABEY

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'honneur

Qu'il me permette de lui redire ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a manifestée et pour l'enseignement qu'il m'a donné durant mon internat dans son service.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

1924. M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR HARTMANN
M. LE PROFESSEUR CARNOT

Externat :

1925. M. LE PROFESSEUR HARTMANN
1926. M. LE PROFESSEUR CARNOT
1927. M. LE PROFESSEUR LEREBoullet
1928. M. LE PROFESSEUR CHEVASSU

Internat :

1931. M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER
1932. M. LE DOCTEUR PICOT
M. LE DOCTEUR CHEVRIER
1933. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR
1933. M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE
M. LE DOCTEUR LABEY

A MM. LES DOCTEURS AMELINE, GOUVERNEUR,
DESPLAS, OBERLIN, HUET ET R. SOUPAULT

Chirurgiens des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR JEAN RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux

A MM. LES DOCTEURS BARIETY ET LEMAIRE

Médecins des Hôpitaux

L'ACCALMIE TRAITRESSE
DANS LES
AFFECTIONS CHIRURGICALES AIGÜES DE L'ABDOMEN

INTRODUCTION

**Que devons-nous entendre
par « accalmie traîtresse » ?**

Le terme d'« *accalmie traîtresse* » auquel DIEULAFOY, dans sa fameuse clinique de 1896 sur l'appendicite et dans une communication à l'Académie de Médecine, assura une fortune illustre, n'a plus, si l'on s'en tient à la description de son auteur, qu'une valeur historique. Il fut lancé à une époque où l'on avait peur de l'intervention d'urgence, où les dangers d'une opération « à chaud » étaient trop souvent affirmés, et où l'on cherchait toutes les raisons possibles de temporiser. Il convient néanmoins de rendre hommage à DIEULAFOY de ce qu'il fut le premier à dénoncer, avec l'éloquence qu'on lui connaît, le danger de ces états faussement rassurants, où, sous le masque d'un apaisement fonctionnel et général, les lésions s'aggravent et la péritonite diffuse. « *Il n'est pas seulement suffisant d'opérer, proclamait-il, mais il est nécessaire d'opérer en temps opportun.* »

Aujourd'hui, à la lumière des progrès de la clinique moderne d'une meilleure connaissance des syndromes abdominaux aigus, grâce à une attention plus éveillée sur les indications d'urgence, à des techniques mieux réglées et au développement des organisations chirurgicales, facteurs de décisions plus faciles, nous devons être beaucoup plus sévères sur l'acceptation de l'accalmie traîtresse. « Ce calme après la tempête », dont parlait l'illustre maître dans un de ces élans oratoires imaginés dont il avait le secret, n'était pas toujours, si nous relisons ses exemples,

aussi parfait, aussi serein qu'il voulait bien le dire, et bien souvent son accalmie restait loin de la véritable sédation.

...« Quand je fus introduit auprès de la jeune femme, dit-il, elle me parla du bien-être qu'elle éprouvait, elle insista sur la détente qui s'était faite pendant la nuit. Bref, elle se considérait comme guérie. On pouvait croire à une détente réelle du mal. Cet état était comparable à celui d'un malade qui, la veille au soir aurait été à l'apogée d'une pneumonie, et qui, le lendemain matin, éprouverait l'inexprimable bien-être de la défervescence. »

Certes l'accalmie était réelle, mais nous ne pourrions plus aujourd'hui l'appeler trâtresse. La trâtresse ne pourrait résulter que d'un examen par trop sommaire, d'une méconnaissance des signes de péritonite, ou d'un optimisme par trop béat. DIEULAFOY d'ailleurs ne manquait pas de mettre en garde ses auditeurs : « Nous basions ce diagnostic de péritonite appendiculaire, malgré l'accalmie apparente, dit-il plus loin au sujet de la même malade, sur la violence de l'attaque d'appendicite les jours précédents, sur le tympanisme généralisé de l'abdomen, sur le faciès qui était légèrement grippé et sur l'accélération du pouls, qui était à 104, malgré la chute de température.

Quand on sait la valeur du pouls, du faciès, de la contracture, on peut admettre, dans des cas semblables qu'il y ait eu accalmie, mais accalmie trâtresse, non.

Nous nous proposons, dans cette thèse, de montrer que l'accalmie trâtresse est un syndrome qui existe, redoutable, et qu'il faut bien connaître, mais qu'il est beaucoup moins fréquent qu'on pourrait le croire et qu'il ne faut pas toujours excuser, en invoquant la trâtresse, des erreurs de diagnostic, ou des insuffisances d'examen.

Nous élargirons aussi la portée de ce syndrome et lui ferons dépasser son cadre primitif de l'appendicite. Nous en ferons un phénomène général de la pathologie abdominale aiguë, et nous l'observerons dans bien d'autres affections : péritonites par perforation, étranglements, occlusions, hémorragies, traumatismes abdominaux.

Ceci posé, nous définirons l'accalmie trâtresse : *toute modification du tableau clinique, tendant, au cours de l'évolution d'un drame chirurgical de l'abdomen, à faire rejeter ou différer l'intervention, alors que sournoisement, à bas bruit, aussi bien sous le*

masque d'une sédation fonctionnelle et générale que derrière une disparition des signes physiques, les lésions continuent d'évoluer, sont sur le point d'une nouvelle éclosion, préparent des complications, ou vont redoubler d'activité.

Méfions-nous donc de partager toujours l'optimisme de ce malade, qui, après nous avoir fait appeler d'urgence, s'excuse du dérangement inutile, l'allégresse de ces parents qui, après une nuit d'angoisse et d'insomnie, ont retrouvé le sourire de l'enfant, l'insouciance de ce traumatisé de l'abdomen qui, une fois la première alarme passée, rentre à pied chez lui et vaque à ses occupations.

Confiance absolue du malade et de la famille qui entretenaient la guérison, mais auxquels on vient parler d'opération.

Autorité, basée sur une clinique sûre, de la part du médecin traitant.

Esprit de décision, audace même parfois de la part du chirurgien.

Telles sont les trois notions que nous voudrions voir dégager par le lecteur.

* * *

Nous tenons, avant d'entreprendre ce travail, à remercier notre Maître, M. le Professeur agrégé MONDOR, qui nous a inspiré ce sujet de thèse. C'est à la lecture de son beau livre sur les *Diagnostics urgents de l'abdomen* et pendant un temps trop court passé auprès de lui comme interne, que nous avons compris la valeur d'un examen clinique jamais découragé devant l'énigme d'un ventre aigu. Si la salle d'opérations est là, parée, dans la nuit, de linges blancs et de lumières éclatantes pour nous donner dans un instant la clé du mystère, n'oublions pas le rôle des mains qui palpent dans le silence grandiose d'une minute décisive. Tout à l'heure ce sera l'action directe, certes essentielle, mais manuelle et technique, maintenant c'est l'heure, au moins aussi belle, des responsabilités et du diagnostic assuré.

PLAN GÉNÉRAL

La pathologie abdominale aiguë, envisagée du point de vue de l'intervention d'urgence, se résume en trois grands syndromes : *les affections à manifestations péritonéales, les états occlusifs, les hémorragies intra-péritonéales*. Il faut y ajouter les *traumatismes*, contusions et plaies de l'abdomen, qui méritent une étude spéciale, bien qu'ils participent à la fois des péritonites et des hémorragies.

Nous étudierons l'accalmie traîtresse dans ces quatre grandes catégories d'affections.

Dans une *première partie*, nous relaterons des *faits cliniques* et citerons des observations.

Dans une *seconde partie*, nous essayerons de montrer la raison du phénomène et d'en éclairer la *pathogénie*. Ceci nous entraînera dans des aperçus d'ordre plus général, notamment sur la physiologie de la douleur abdominale, l'origine de la contracture, les états hémorragiques, le shock.

Enfin, *pour terminer*, instruits des embûches possibles, nous redirons l'importance de l'*examen clinique*, aidé au besoin de *certains procédés d'investigation plus modernes*, afin de dépister les évolutions les plus sournoises, derrière les apaisements en apparence les plus complets.

PREMIÈRE PARTIE

I

L'accalmie traîtresse de l'appendicite.

« Quand le public sera convaincu que toute fosse iliaque droite devenant douloureuse doit être immédiatement soumise à l'examen d'un médecin ; quand les médecins seront convaincus que toute appendicite diagnostiquée ou soupçonnée doit être immédiatement soumise à l'examen d'un chirurgien, on reconnaîtra que DIEULAFOY, en proclamant que l'on ne devait plus mourir d'appendicite, avait dit l'exacte vérité (OMBRÉDANNE). »

C'est que la crise d'appendicite est d'avenir imprévisible. Telle évoluera vers la péritonite diffuse progressive. Telle autre, au contraire, rapidement, tournera court et ne sera qu'une alerte. Mais nous savons combien il faut se méfier de ces formes trop rassurantes, et que « le premier jour ne saurait apporter, quelque atténuation qu'on y crut lire, une promesse sûre de bénignité ».

Nous nous garderons bien de parler ici des symptômes classiques de la péritonite appendiculaire. Nous voulons insister au contraire sur ce point que l'on doit savoir en faire le diagnostic, sans aucun des symptômes classiques. Nous allons tout d'abord passer en revue rapidement pour les éliminer les prétendues accalmies traîtresses, qui rappellent celles auxquelles DIEULAFOY consacra ses leçons. Nous verrons qu'elles ne pouvaient tromper qu'à une époque où l'on connaissait mal ces questions.

En effet, dans les cliniques de l'Hôtel-Dieu, elle était unique-

ment caractérisée par une sensation subjective de bien-être, une diminution des douleurs, et une décroissance de la température. Mais la tympanisme persistait, ainsi que l'accélération du pouls et l'altération des traits. Nous ne devrions plus aujourd'hui nous laisser tromper par cette apparente amélioration. Nous savons tous qu'elle est révélatrice d'un état très grave, d'un danger imminent.

L'erreur est malgré tout encore trop souvent commise pour que nous ne disions pas quelques mots de ces formes. Nous allons donc, dans un premier chapitre, en raconter quelques observations, dont un certain nombre sont personnelles. Nous ne craindrons pas d'y avouer nos erreurs, afin d'en tirer la morale qui s'impose pour des examens futurs plus précis.

Nous étudierons ensuite, dans un second chapitre, la vraie accalmie traîtresse de l'appendicite.

LES FORMES ÉVOLUTIVES DE L'APPENDICITE AIGUË QU'ON APPELLE A TORT « ACCALMIES TRAITRESSES »

A. — Nous rappellerons, en premier lieu la *fausse accalmie* des *péritonites putrides par perforation d'appendicites gangréneuses*. C'est à peine si nous oserons prononcer le mot d'accalmie dans ces formes qui sont beaucoup plus près de l'euphorie terminale. Si la douleur disparaît, il persiste des signes de gravité indiscutables et il faudrait un examen par trop léger pour s'y laisser prendre.

Il nous paraît néanmoins utile d'en parler, ne serait-ce que pour montrer la *fragilité du symptôme douleur et ce que peut cacher sa disparition*.

B. — Nous verrons ensuite les *péritonites appendiculaires progressives*, où, sous des apparences de localisation et d'apaisement, diffuse l'infection du péritoine. Il ne saurait y être question d'accalmie vraie, mais bien d'une *méconnaissance des signes de péritonite*.

Dans tous ces cas, il s'agit de malades qui n'ont pas été opérés le premier jour, et chez lesquels on s'est cru autorisé à attendre.

A. — L'accalmie de la péritonite putride par perforation d'appendicite gangréneuse.

C'est bien une *fausse accalmie*, car le début fut assez net et assez précis pour que le malade en garde le souvenir, et pour que l'erreur du médecin soit impardonnable s'il y a assisté. En tout

cas, il existe dans la période d'amélioration, ou plutôt de fausse amélioration, des signes de gravité qui ne trompent pas.

Relisons, à titre de document historique, la première observation de la célèbre clinique de DIEULAFOY sur l'accalmie traîtresse :

Obs. — Une jeune femme de 23 ans, enceinte de quatre mois, est prise brusquement, dans la nuit du 8 au 9 janvier 1898, de douleurs abdominales avec vomissements et diarrhée. Elle est vue le lendemain matin. On constate une douleur abdominale au côté droit irradiée vers la région hépatique. L'utérus ne présente rien de particulier. Le pouls est à 84. On institue une potion calmante et la diète.

Le lendemain 10 janvier : état stationnaire, douleurs un peu moins vives, un peu de diarrhée.

Le 11 janvier au soir : douleurs plus violentes.

La nuit : douleurs intenses dans la région iliaque droite. Pouls 88. La constipation a fait suite à la diarrhée. Lait, eau de Vichy.

Le 12 janvier : mauvaise nuit, agitation, deux vomissements, douleur nette dans la fosse iliaque droite, léger ballonnement du ventre. Pouls 100, température 38°2. Un lavement de miel amène une garde-robe abondante.

Le 13 janvier : le ballonnement du ventre augmente. On constate une défense musculaire dans la fosse iliaque droite, température 39°2, pouls 120. On mande DIEULAFOY qui pose le diagnostic d'appendicite aiguë.

Le 14 au matin, le tableau change. La malade a bien dormi, la douleur a disparu. Les vomissements ont cessé. La malade a uriné abondamment. Elle a rendu quelques gaz, la température est à 37°2. Le bien-être général est tel, que cette jeune femme est contente et que son entourage accueille joyeusement DIEULAFOY à 8 h. 30.

En effet la douleur au point de MAC BURNEY a disparu. Le ventre est absolument indolore, mais il persiste un tympanisme généralisé à tout l'abdomen. L'épigastre, l'hypogastre et les flancs sont uniformément distendus. Il n'y a de matité nulle part. De plus le faciès est légèrement grippé, fatigué, et le pouls bat à 104 malgré la chute de la température. Aussi DIEULAFOY appelle-t-il SECONDE en consultation, loin de partager l'optimisme de la famille.

SECONDE arrive à midi. L'amélioration du matin s'est accentuée, ainsi que le bien-être et l'euphorie de la malade. La température est à 36°9,

l'absence de douleur est toujours totale. Mais le météorisme persiste uniforme, avec un pouls petit accéléré, à 110, des yeux légèrement excavés, un faciès toujours fatigué.

Lutte avec la famille qui ne veut pas croire à l'aggravation. L'intervention est enfin décidée ; elle est basée sur la violence de la crise les jours précédents, sur le faciès, sur l'accélération du pouls en désaccord avec la température et sur la persistance du météorisme abdominal.

Appendice gangrené, baignant dans le pus. Guérison.

« C'est en pleine péritonite, dit DIEULAFOY, que l'accalmie s'est produite. La fièvre tombe et les douleurs disparaissent alors que les accidents mortels se préparent. Non opérée, cette femme serait morte en 48 h.

Nous pourrions multiplier les exemples et rappeler entre autres l'observation du médecin de MONDOR dont la guérison ne fut obtenue que grâce au refus d'accepter comme signe rassurant la brusque atténuation des douleurs.

Voilà donc toute une série de formes graves d'appendicites, et nous pourrions dire qu'il s'agit des formes les plus graves. Si le début fut bruyant, rapidement nous l'avons vu faire place à une période sournoise de silence. C'est cette période qui en fait le danger. La méconnaissance des quelques signes qui l'accompagnent est fatale au malade, car *toutes ces appendicites sont des péritonites putrides par gangrène gazeuse de l'appendice, véritables septicémies péritonéales qui ne pardonnent pas*. L'accalmie de quelques heures étant passée, elles vont tuer par intoxication suraiguë.

L'explosion de la crise a donc été brutale, en pleine santé, marquée par une douleur atroce, vite diffusée. Une telle *brusquerie de la douleur initiale* ne doit jamais tromper. C'est une indication d'urgence formelle, quelle que soit l'évolution par la suite.

Déjà, avec cette douleur, nous allons avoir des signes discordants.

Peu importe qu'il y ait ou non des vomissements, nous insisterons surtout sur la *diarrhée*, fréquente dans ces cas où s'avère, dès le début, le caractère toxique de l'affection.

La *température est peu élevée*, 38°, 38°5, rarement plus, mais surtout elle est *d'emblée dissociée d'avec le pouls*, qui est rapide. Enfin, le *faciès* vient vite donner sa note. Le malade a l'aspect

fatigué, les yeux sont cernés, le teint est gris, plombé, les traits sont tirés.

Localement, on est surpris de trouver peu de choses. Le ventre respire. Il est un peu ballonné, un peu tympanique. On trouve une douleur plus ou moins nette à droite et autour de l'ombilic avec un peu de défense pariétale. Au toucher rectal, le Douglas est douloureux. Au total : carence des signes inflammatoires locaux, mais avec de sérieux avertissements : douleur atroce, toujours très nette au début, diarrhée, dissociation du poulx et de la température, faciès fatigué.

Quand le chirurgien arrive auprès du malade, celui-ci se dit beaucoup mieux, il s'excuse du dérangement inutile. La famille espère une temporisation dans l'acte opératoire. C'est là le moment décisif. Quelques heures plus tard la partie sera perdue.

Evidemment le malade ne souffre plus, sa température est redevenue normale. C'est à peine si l'on fait un peu mal au niveau d'une fosse iliaque, qui peut être redevenue souple. Mais les symptômes locaux sont par la mort des tissus si bien cachés, si obscurs, que *seul l'état général renseignera*. C'est lui qui enlèvera la décision opératoire et ceci sur deux signes :

- 1^o le *poulx*, qui est de plus en plus rapide et fuyant, alors que la température est redevenue normale ;
- 2^o le *faciès* qui semble, *a priori*, euphorique et calme, mais qui, pour un clinicien averti, ne trompe pas, avec son regard flou, éteint, « cette sorte de béatitude anxieuse », propre aux affections gangréneuses qui continuent d'évoluer en sourdine.

« C'est cette forme qui, en moins de vingt-quatre heures, donne lieu à ces péritonites diffuses, ou mieux à ces septicémies péritonéales toxi-putrides, au-dessus de toute thérapeutique chirurgicale. Je ne pense pas être contredit en déclarant que si le diagnostic d'appendicite gangréneuse pouvait être donné comme certain, du moins comme probable, toute hésitation disparaîtrait et la parole passerait immédiatement au chirurgien » (QUÉNU).

B. — La péritonite appendiculaire progressive.

Ce fut une crise un peu sérieuse, franche, indiscutable.

Tous les signes se trouvaient au complet : début net, plus ou moins brutal. Douleur au point de MAC BURNEY, contracture localisée, vomissements, constipation, arrêt des gaz. Température 38°, pouls 100. Le diagnostic a été posé, on a parlé d'opération d'urgence. Pour une raison quelconque (hésitation, refus, pusillanimité, éloignement du chirurgien) cette intervention n'a pas eu lieu. On a institué la diète, le repos au lit ; on a mis de la glace sur le ventre et la nuit se passe.

Le lendemain, le médecin retrouve son malade à 37°6, pouls 80-90. Il est calme, il a même dormi un peu, son faciès est excellent, il ne souffre pas davantage, plutôt moins, et il a même pu émettre quelques gaz. C'est là qu'est le piège, et si tout le monde est content et augure bien de ce début de refroidissement de la crise, le médecin doit être encore plus réservé et encore plus interventionniste que la veille, *car la contracture persiste ainsi que la douleur provoquée*. Le malade est encore dans de bons délais. Remet-on l'opération ? — « le lendemain quelques gaz, pas de ballonnement, pas de vomissements ; mais pas beaucoup d'urine. Toujours de la contracture. Pas de plastron, pas de péri-appendicite, pas de signes de localisation. Et ainsi pendant quatre, cinq, six jours. Puis survient une réascension thermique, accompagnée de douleurs par crises ; le malade se remet à vomir, son pouls devient un peu plus rapide. Pas de drame, pas de brusque changement, mais un état stationnaire sans vraie défervescence, ou même un peu plus sombre : faciès un peu séché et grippé, contracture un peu plus étalée. On opère enfin, mais dans de mauvaises conditions, à une mauvaise date. *C'est une urgence retardée*. On trouve une péritonite développée sans fracas, mais avec du liquide sale entre les anses, des fausses membranes un peu partout, un affreux foyer appendiculaire mi-suppuré, mi-sphacélique. C'est une très grave opération : celle d'une péritonite au sixième jour. »

Bien souvent heureusement, la décision opératoire aura été prise plus tôt et aura permis de sauver le malade. On n'en trouve pas moins, dès la 24^e ou la 48^e heure, des lésions graves ayant

évolué à bas bruit et tendant à se généraliser, alors que le cortège symptomatique faisait croire à l'apaisement.

Obs. (personnelle). — M. D..., 53 ans, est admis d'urgence à BICHAT le 20 mai 1933 à 20 h. 30 pour une crise douloureuse abdominale. Le début remonte à une vingtaine d'heures. Dans la nuit du 19 au 20 mai, il est pris de douleurs péri-ombilicales. Brusquement, à minuit, cette douleur devient intense, en coup de poignard et passe dans la fosse iliaque droite où elle se localise. Un vomissement bilieux accompagne cette recrudescence de la douleur. Peu après survient une selle diarrhéique. Température 37°5. Pas de modification jusqu'au lendemain 17 heures. C'est alors que la douleur cesse et que le malade se sent mieux. Cependant son médecin conseille le transport à l'hôpital. Il y arrive à 20 h. 30. Nous nous trouvons en présence d'un méridional enjoué, euphorique qui se récrie quand nous lui parlons d'opération possible, répétant « que c'est fini, qu'il sent bien qu'il est guéri ». Il a 38°2, un pouls à 100. Il n'a plus de diarrhée et a eu quelques gaz. Mais nous trouvons une douleur nette, précise, localisée au point de MAC BURNEY qui lui fait faire la grimace ; à peine un peu de défense pariétale. Le reste du ventre est souple. Rien au toucher rectal. Malgré l'aspect général vraiment rassurant de notre malade, nous appelons le chirurgien de garde, qui arrive à 1 heure du matin. Le tableau est le même. Sans doute en raison de l'heure tardive, d'une journée de garde chargée, et du peu de signes trouvés à un examen maussade et rapide, le chirurgien décide l'expectative et n'opère pas. Le lendemain matin, M. MONDOR voit le malade. Les signes n'ont guère varié. A peine trouve-t-il une contracture sur 2 travers de doigts dans la région appendiculaire. Température 38°3. Pouls 110.

Il n'en décide pas moins l'opération immédiate basée sur trois signes : la brusquerie et la netteté de la douleur initiale chez un homme de 53 ans, campagnard jovial et certainement peu douillet.

Le réveil d'une douleur exquise à la pression localisée au niveau du point de MAC BURNEY.

Et enfin le faciès du malade qui est nettement fatigué, avec les traits tirés.

Nous avons opéré nous-même ce malade, et avons trouvé, baignant dans un liquide sale, sans fausses membranes, sans barrières, tendant à diffuser, un appendice tout noir, prêt à tomber et qui s'est perforé

sous nos yeux dès le premier mouvement pour le saisir. Mickulicz. Guérison rapide, sans incident en 20 jours.

Obs. (personnelle). — M. A. D., 31 ans. Entré d'urgence à BICHAT le 1^{er} octobre 1933 à 0 h. 40, pour une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, ayant débuté il y a 30 heures. Vomissements. Accalmie nette des douleurs depuis 18 heures. A l'examen, température 38°. Pouls 110. Etat général excellent, mais point douloureux net au MAC BURNEY. Légère défense pariétale, au toucher rectal, DOUGLAS douloureux. Intervention à 1 h. 30. Un peu de liquide trouble, appendice turgescent, énorme, gros comme un pouce, violacé, recouvert de fausses membranes. Guérison.

Obs. (personnelle). — Au cours d'un remplacement de chirurgie en province, nous sommes appelé par un confrère auprès de M^{me} C..., 60 ans. Elle a été prise la veille d'une douleur abdominale mal caractérisée, avec quelques nausées et constipation. Son médecin, ancien collègue craignant l'appendicite, nous fit venir au bout de 24 heures de ce tableau, non pas tant en vue d'une intervention d'urgence, que pour préciser ce diagnostic. En effet, au premier abord l'état était bien peu alarmant. Une température à 37°6, une disparition des douleurs spontanées et des vomissements chez une personne aimable et souriante semblaient vouloir donner raison aux abstentionnistes. J'opérai néanmoins le soir même cette malade, car j'avais constaté à l'examen une douleur nette, avec contracture indiscutable dans toute la fosse iliaque droite. L'intervention montra un appendice entièrement sphacélé, baignant au milieu d'un peu de liquide sale, sans fausses membranes, sans localisation du foyer. Mickulicz. Guérison rapide.

Ainsi, pendant ces accalmies, le processus infectieux sous ses modestes apparences de foyer sans éclat, se hâte, sans signes de parade vers la diffusion et l'inoculation massive du péritoine.

Dans tous ces cas, le critérium pour la décision opératoire fut :

1° La *netteté du début*. Une douleur franche, aiguë, décrite par un adulte non pusillanime, que l'on sent sincère et non intéressé à mentir et à amplifier les faits, est un élément déjà suffisant pour affirmer des lésions appendiculaires réelles et souvent graves.

2° Le caractère aigu, précis et localisé de la douleur provoquée, qu'il y ait ou non de la contracture, même si celle-ci est peu étendue, c'est le cri d'alarme qui donne la notion du feu qui couve.

3° Enfin le pouls, toujours accéléré, en désaccord avec une température stationnaire, ou qui tend à baisser, et le faciès qui, en dépit du bien-être général et de l'euphorie du malade, sera toujours, pour un observateur attentif, tant soit peu altéré, avec un regard fatigué, qui là encore, chez cet adulte hier bien portant, ne trompe pas.

Au reste, avons-nous bien suivi et analysé tous les symptômes durant cette période d'accalmie ?

Avons-nous pris assez souci de la contracture, dont l'extension sous la glace est faite de nuances, de la température jamais franchement descendue, prise à 16 heures, jamais reprise à 10 heures du soir ? Avons-nous su donner toute leur valeur à une nausée, à une difficulté d'émission des gaz, à une légère dysurie ?

Avons-nous bien pratiqué le toucher rectal qui, en montrant le foyer pelvien eut évité bien des palabres, l'examen rétro-cæcal pour y rechercher douleur et contracture ?

Avons-nous pensé enfin à nous munir de ce document si précieux dans ces cas où l'on hésite et sur lequel nous reviendrons souvent : l'examen de la formule sanguine ? Savions-nous bien la valeur de cette hyperleucocytose inscrite sur un carré de papier, pièce officielle si l'on peut dire, à mettre sous les yeux d'un entourage trop temporisateur ?

Au total, y a-t-il bien eu accalmie traîtresse ? N'est-ce pas plutôt notre optimisme qui fut la circonstance traîtresse ?

Ce qui est à remarquer dans ces accalmies des péritonites progressives, c'est la facilité avec laquelle le péritoine réagit au traitement. Une simple vessie de glace, le repos, la diète, et en une nuit le tableau change au point de nous faire croire à une amélioration. Nous reviendrons sur ce fait en étudiant les formes de l'enfant.

Mais il s'agit encore là de formes sévères, gangréneuses pour la plupart, moins virulentes sans doute que dans la péritonite putride. Ceci nous montre pourquoi la rémission n'est qu'apparente, et comment sous le couvert d'une détente fonctionnelle et générale, la péritonite continue d'évoluer et de diffuser à bas bruit.

LA VÉRITABLE ACCALMIE TRAITRESSE DE L'APPENDICITE

Jusqu'à présent nous avons prononcé le mot d'accalmie traîtresse avec beaucoup d'indulgence et, s'il y eut semblant d'apaisement, il fut bien incomplet. Il s'agissait d'une méconnaissance des signes de péritonite, qu'un examen plus approfondi ne pouvait laisser passer.

Ici, l'*accalmie est réelle*, tous les signes sont d'accord pour le prouver. La bonne foi du médecin est entière lorsqu'il annonce la guérison. C'est déjà sur un convalescent qu'éclate le second orage. Nous voulons *parler des péritonites appendiculaires en deux temps*. Nous allons en montrer la gravité et le danger redoutable, et c'est à leur sujet que nous parlerons tout spécialement de *l'enfant*, particulièrement éprouvé par cette forme d'appendicite.

Nous dirons ensuite le mal que peut faire une *thérapeutique inopportune* : la *purgation*, l'*écart de régime*, la *morphine*.

Puis nous étudierons l'*accalmie traîtresse de l'appendicite en fonction du terrain* : chez les *sujets gras* et chez le *vieillard*. Nous terminerons par les accalmies traîtresses qui résultent du *siège anatomique du foyer* : nous voulons parler de l'*appendicite rétro-cæcale* et de l'*appendicite pelvienne*.

A. — Les péritonites appendiculaires en deux temps.

C'était une crise banale dans laquelle rien ne pouvait faire prévoir la gravité du cas. C'est à peine si le malade s'est arrêté l'espace d'une journée et fit appel au médecin. Par suite d'hésitation, de pusillanimité, ou de toute autre raison, il n'a pas été

opéré. Le lendemain, avec ou sans glace, une température à 38°, un pouls à 70 bien frappé, un faciès excellent, une disparition complète des douleurs, quelques gaz, une selle, et une fosse iliaque parfaitement souple et indolore, semblent donner raison aux temporisateurs.

Bien des appendicites évoluent ainsi et restent guéries, nous ne le discuterons pas. Il s'agit souvent alors de simples volvulus appendiculaires passagers. Il n'en est pas moins vrai que *si nous n'avons pas opéré dès le premier jour ce malade, nous avons commis la plus grave des imprudences, car rien ne nous permet de dire comment la crise va évoluer par la suite.*

Les exemples ne manquent pas :

**1^{er} CAS. — Reprise des douleurs,
après une crise banale observée et traitée.**

Obs. (personnelle). — M. G..., 39 ans. Entre à l'hôpital BICHAT le 14 mai à 14 heures, pour crise douloureuse abdominale. Le début remonte à une dizaine d'heures. La malade fut prise à 4 heures du matin de douleurs dans la fosse iliaque droite accompagnées de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux. La température n'a pas été prise au début. La douleur persistant, nette et toujours localisée, la malade vient consulter à l'hôpital.

A l'entrée, température 37°7, pouls 90, bon faciès. Défense localisée dans la fosse iliaque droite au point de Mac Burney ; pas de contractures, rien au toucher vaginal ni au toucher rectal. Le Dr OBERLIN chirurgien de garde est appelé, mais il n'arrive qu'à 19 h. 30. L'amélioration est manifeste, la malade ne souffre plus ; un faciès excellent, un pouls à 90, un abdomen très souple dans son ensemble, avec une douleur insignifiante au point de Mac Burney font ajourner l'opération.

Une demi-heure après cet examen, à 20 heures, la malade est reprise brusquement de douleurs beaucoup plus vives, se généralisant à tout l'abdomen, accompagnées de vomissements et de nausées incessantes. Le chirurgien de garde est rappelé, et arrive à 0 h. 30. Faciès très altéré, nez pincé, yeux excavés, cernés, hyperesthésie cutanée généralisée. Contracture généralisée avec maximum dans la fosse iliaque droite. Température 38°6, pouls 105.

Opération à 1 heure du matin, liquide louche peu fétide, cæcum rouge

et enflammé, appendice rétro-cæcal, en voie de sphacèle, avec perforation à la base, étendue sur le pourtour de son implantation. Guérison.

Les cas de ce genre sont nombreux, et ils sont toujours graves. DELBET en rapporte deux beaux exemples :

OBS. (DELBET). — « Un de mes amis est pris, il y a 4 ans, d'une crise d'apparence tout à fait bénigne. Il avait été soigné 14 ans auparavant pour une pérityphlite. Les premiers symptômes étaient si bénins, qu'il trouvait que j'allais bien vite en lui disant que, sa crise finie, je lui enlèverai l'appendice. Le traitement est institué et bien surveillé, il amène le soulagement habituel. Le lendemain matin, j'apprends qu'il y a eu pendant la nuit une reprise des douleurs. J'aurais dû opérer aussitôt, mais je n'avais pas à cette époque l'attention éveillée sur ces formes d'appendicite. D'ailleurs, cette seconde poussée de douleur s'était atténuée quand je revis le malade. Ni le faciès, ni le pouls, ni la température n'étaient inquiétants. Dans la seconde journée, il y eut encore une recrudescence des douleurs, qui se calmèrent à nouveau. L'après-midi du troisième jour éclatent brusquement les signes d'une généralisation de l'infection à tout le péritoine. J'opère aussi vite que possible ; l'appendice n'était plus qu'un putrilage. Le malade a heureusement bien guéri. »

OBS. (DELBET). — « Voici un autre cas. Le fils d'une de mes camarades qui avait déjà eu une crise légère au cours d'un voyage en Allemagne, est pris d'une seconde crise aux environs de Paris. On le ramène à Paris. Il supporte très bien le voyage. Je le vois à son arrivée, il ne présente aucun symptôme alarmant. Sans penser à une intervention immédiate, nous décidons, son père et moi, de l'opérer après refroidissement. Le lendemain, reprise des douleurs malgré le traitement ; le 3^e jour, nouvelle crise. J'opère. L'appendice gangrené présentait une large perforation. Guérison. »

Au total, crise initiale banale, sans gravité apparente. Rien dans le faciès, dans l'état général, le pouls et la température ne permet de porter un mauvais pronostic. Et cependant c'est là que nous voyons combien il faut être prudent et réservé. En effet, la crise s'apaise vite, si vite, que bien souvent, c'est à ce moment que nous arriverons et si nous parlons d'intervention immédiate, de menace de perforation et de péritonite, on ne nous

croira pas. Il n'y a pas de forme de l'appendicite plus sournoise que celle-là, et qui demande plus d'esprit de décision de la part du chirurgien, d'autorité de la part du médecin, de confiance aveugle de la part du malade. Notre malade de Bichat vu le soir même de sa crise par le chirurgien de garde présente si peu de signes qu'on attend. « Après tout, ce n'est peut-être pas une appendicite », se dit-on. Le premier malade de DELBET souffre si peu, qu'il ne veut pas croire à l'appendicite et à la nécessité d'une opération. Le père du second, bien que médecin, n'hésite pas à lui faire faire un voyage pour le ramener à Paris.

« On a donc appliqué le traitement. Il amène une sédation des douleurs, un véritable soulagement, puis, sans que le traitement ait été interrompu, sans qu'aucune faute ait été commise, 10, 12, 24 heures après, apparaît une nouvelle crise de douleurs. Celle-ci peut encore se calmer jusqu'à ce qu'une troisième apparaisse.

« Dans tous les cas, poursuit DELBET, où j'ai vu les événements suivre cette marche, sédation des douleurs sous l'influence d'un traitement sans narcotique, puis reprise sous forme de crise, malgré la continuation d'une thérapeutique rationnelle, *dans tous ces cas l'appendice était perforé.* »

Admettons que la perforation existe dès le début et qu'il se produise un fait analogue aux perforations des ulcères gastroduodénaux en deux temps, par suite d'une obturation par une fausse membrane ou d'une couverture épiploïque. Supposons qu'elle coïncide, ce qui semble plus fréquent, avec la reprise brutale des douleurs et des phénomènes péritonéaux succédant à un travail latent de sphacèle. Faisons intervenir le rôle de la cavité close du fait d'un calcul et l'atténuation momentanée de la virulence de son contenu au moment du passage de celui-ci dans le péritoine. Invoquons pour ce dernier une certaine période de sidération, de mutisme avant de crier sa douleur, comme ce serait le cas dans les plaies de l'abdomen. Peu importe, un *fait seul est à retenir : reprise brutale des douleurs après accalmie vraie égale à coup sûr perforation.*

Sommes-nous donc complètement désarmés en face de ces reprises si graves, et nous faudra-t-il, une fois le premier orage passé les attendre avec un fatalisme résigné ? Voilà la circons-

tance traîtresse. Là plus qu'ailleurs, l'indication opératoire reposera sur des nuances, sur une ébauche de défense localisée, sur un pouls un peu accéléré, repris lors de plusieurs examens successifs, sur la moindre modification du faciès, sur une hyperleucocytose sanguine, rapidement recherchée. Enfin il vaudra mieux, si le récit de la crise initiale a été tant soit peu net, essayer de persuader le malade et l'entourage et opérer même sans signes. Si quelquefois on enlève un appendice qui paraît sain, bien souvent on aura l'heureuse surprise de découvrir des lésions importantes encore au stade de début, et d'éviter une opération grave avec drainage, qui n'aurait pas manqué de s'imposer quelques heures plus tard. Venant à point pour illustrer cette ligne de conduite, M. R. C. MONOD me racontait il y a quelques jours au cours d'une urgence à l'hôpital, l'histoire suivante :

OBS. (R. C. MONOD). — Un de ses malades de ville fait tout récemment une crise d'appendicite. Il est vu à 10 heures du soir, 5 heures après le début des accidents, crise nette mais sans gravité particulière. Pour des raisons tenant à la famille du malade, l'opération n'a pas lieu le soir même. Glace, nuit excellente. Le lendemain matin, guérison complète, température et pouls normaux, abdomen à peine un peu endolori à droite. Le malade veut se lever et aller à son travail. Le D^r MONOD parvient cependant à lui faire accepter l'opération basée sur le seul fait qu'il a constaté une crise nette la veille au soir. A l'intervention, appendice tout noir, en imminence de perforation.

Et ce cas de MARTIN :

OBS. — Un cavalier est pris le matin au bois de Boulogne d'une douleur abdominale tellement brutale qu'il doit descendre de son cheval et s'allonger sur une pelouse. Après quelques instants, calmé, il continue sa promenade, rentre chez lui et vaque à ses occupations. Cependant, inquiet de cette douleur, il consulte son médecin. Celui-ci le décide à une intervention d'urgence. L'appendice était complètement sphacelé, prêt à se perforer.

« *Le premier jour ne saurait apporter quelque atténuation qu'on y croit lire une promesse sûre de bénignité. La crise aiguë est d'avenir imprévisible, et les abstentionnistes ont perdu plus de malades que les opérateurs du premier jour (MONDOR).* »

B. — L'accalmie traîtresse de l'enfant.

La fréquence de l'appendicite chez l'enfant et sa gravité sont choses bien connues. C'est chez lui que l'accalmie traîtresse se rencontre dans toute sa pureté. Rien n'est plus trompeur et plus redoutable.

OBS. (LEGUEU). — Dans un service, un enfant refroidit depuis cinq jours une appendicite. La température oscille entre 37°2 et 37°5. Le pouls est à 80. La langue est humide ; un bon faciès, une douleur iliaque nulle font bien augurer de l'évolution.

A 17 heures, l'enfant se met à vomir. L'interne de garde constate que le pouls s'accélère. Une heure après il est incomptable et l'enfant meurt sans intervention dans l'algidité. L'autopsie montre un appendice perforé au milieu d'un abcès.

Que dire aussi de cette série d'observations rapportées par SAVARIAUD à la Société de Chirurgie ?

OBS. I. — E. Ch... Entre le 2^e jour de sa maladie. Traité par le refroidissement. Présente une défervescence en lysis remarquable comme régularité. Sédation de tous les symptômes. Le 5^e jour : péritonite évidente. Opération. Mort.

OBS. II. — S. L... Entre le 3^e jour de sa maladie avec une température élevée. Refroidissement régulier avec défervescence en lysis à 37°. On le croit guéri, lorsque, cinq jours après son entrée, il est pris pendant la nuit de phénomènes assez inquiétants. Opéré le matin à la visite. Mort.

OBS. III. — L... Marie. Entre le 4^e jour de sa maladie. Refroidissement lent, mais régulier. Le 5^e jour après son entrée péritonite généralisée. Opération. Mort.

OBS. IV. — D... Gustave. Entre le 8^e jour de sa maladie. Comme il ne présente aucun phénomène inquiétant, on le met à la glace. Deux jours après, il est à 37°. Le dimanche matin, 10^e jour, il était bien. A l'heure de la visite des parents, on constate qu'il est un peu agité. A 15 heures, signes évidents de péritonite. Opération. Mort 4 jours après.

OBS. V. — B... Louis. Entré 36 heures après le début de sa maladie

avec des signes d'appendicite pelvienne sans phénomènes inquiétants. Temporisation. Au bout de 3 jours, l'enfant est à 37°. Le 7^e jour après son entrée, il est pris à 4 heures du matin d'une douleur violente en allant à la selle. A 10 heures du matin, opération. Plaque de gangrène sur le grêle. Contre-ouvertures nombreuses. Mort le surlendemain avec 41°6 de température.

OBS. VI. — F... Marguerite. Entre le 4^e jour de sa maladie qui a été particulièrement violente. Malgré cela, comme on ne constate aucun phénomène indiquant l'urgence, les internes se contentent de l'admettre à l'hôpital sans me la montrer. Temporisation. Le lendemain température à 37°4. Pouls 84. Soir 37°6. Le surlendemain matin, péritonite généralisée évidente. Mort à 9 heures du soir sans opération.

OBS. VII. — Ch... Adrienne. Entre le 3^e jour de sa crise. Début assez violent, puis accalmie. Temporisation. Le matin de son entrée 37°6. Soir 38°2. Le lendemain je lui trouve un ventre tellement souple que je mettrais en doute le diagnostic si on ne sentait nettement l'appendice douloureux à la pression. L'enfant se laissa si bien palper que je crus déceler un calcul dans l'appendice. Le soir, température 38°. Dans la nuit, à 4 heures, elle est réveillée par des douleurs très vives dans le côté droit. A 9 heures je l'opère. Péritonite diffuse. Enorme appendice pelvien sphacélé. Guérison.

Nous comprendrons facilement cette gravité de l'appendicite de l'enfant quand nous saurons dans quelles conditions elle se présente chez lui. *L'organisme de l'enfant est neuf* à tous points de vue. Une affection vient-elle à se déclencher chez lui, elle va évoluer avec une franchise et une pureté qu'on n'aura jamais chez l'adulte, et il est un fait qu'il faut tout de suite mettre en valeur, c'est *l'extrême sensibilité des maladies de l'enfant à la thérapeutique*. L'appendicite n'échappe pas à cette règle. *Obnubilation des symptômes par le traitement* : voilà une première explication du phénomène qui nous intéresse.

On lit dans le *Précis de Chirurgie infantile* de M. OMBRÉDANNE :

« Un enfant est atteint d'une crise franche, aiguë d'appendicite : douleur caractéristique, vomissements, bon pouls, bon faciès. Température 39°. On décide de tenter le traitement par

le refroidissement : diète absolue, rigoureusement absolue. Pas une goutte d'eau, et on applique largement la glace sur le ventre.

« Les vomissements cessent, le ventre, d'abord un peu ballonné, diminue notablement de volume, la température s'abaisse à 37°5 ; la douleur abdominale aussi paraît nettement atténuée. Chacun se félicite de l'heureux effet du traitement. Le 5^e jour, par exemple, la température du matin est encore à 37°5. Vers 2 heures de l'après-midi, l'enfant accuse une vive douleur abdominale. Son faciès s'altère vite, le pouls petit bat à 140. Vers 4 heures du soir, on opère de toute urgence et on a la douloureuse surprise de se trouver en présence d'une péritonite suppurée diffuse.

« Il est advenu que l'enfant, si sensible aux poisons, est très sensible aussi à l'action du traitement de refroidissement ; mais ce traitement a masqué les symptômes, il a supprimé les vomissements, il a empêché l'ascension thermique et l'accélération du pouls ; il a supprimé la douleur abdominale, mais il n'a en rien empêché l'évolution des lésions, la diffusion de la péritonite.

« Il fut un temps où à la diète et à la glace on ajoutait l'opium que NÉLATON accusait fort justement de cacher les symptômes d'aggravation. Il faut savoir que la diète absolue et la glace suffisent à produire le même résultat, pour ne pas se laisser conduire après quelques jours d'amélioration apparente, à la terrible intervention d'urgence retardée (OMBRÉDANNE). »

Sujet neuf, faisant des crises franches et réagissant franchement au traitement, mais aussi organisme non immunisé, fragile, qui va lâcher pied aussi vite qu'il a semblé se relever.

Tel est le deuxième aspect sous lequel il faut considérer l'enfant atteint d'appendicite.

Dans une appendicite, ce qui importe au point de vue de la gravité du pronostic, ce n'est pas tant l'infection, contre laquelle l'organisme est toujours beaucoup plus armé que la *toxicité*. Les microbes anaérobies sécrètent des toxines redoutables anesthésiantes et hypothermisantes, — nous le rappellerons plus loin pour expliquer certains points du phénomène d'accalmie traîtresse —, et nous savons que ce sont toujours les formes à caractère toxique qui sont les plus graves. Que cette toxémie survienne sur un organisme d'enfant il n'y a rien à faire. Son

foie, ses reins, n'ont pas les moyens de faire les frais d'une telle défense. C'est ce qui nous explique, dans une certaine mesure, le brusque effondrement de l'organisme après une période d'accalmie sous l'influence du traitement.

Mais à côté de cette cause d'ordre général, toxémie et organisme trop neuf, il en est une d'ordre local, *c'est le manque d'organisation, pourrions-nous dire, du péritoine*, qui est encore loin d'avoir les moyens de défense de l'adulte. Nous verrons en étudiant la physiologie du péritoine, et nous pouvons le constater journellement, que rien n'est plus complaisant à l'infection qu'un péritoine d'adulte. Il possède une faculté merveilleuse d'adaptation et de défense. *Il n'en est pas de même chez l'enfant, qui est incapable de localiser et de limiter une péritonite comme le ferait l'adulte*. Son péritoine ignore les adhérences, et son grand épiploon n'est pas assez développé. Nous ne faisons ici que nommer cet organe, car nous lui avons réservé plus loin tout un chapitre.

On conçoit maintenant, minis de ces données, l'extrême rapidité avec laquelle la péritonite appendiculaire peut évoluer chez l'enfant. « En une nuit, écrit MONDOR, on peut passer d'une crise en apparence banale à une péritonite putride toxique. C'est de deux heures en deux heures qu'il faut suivre son malade, et essayer de parfaire son diagnostic, beaucoup d'enfants sont morts pour une intervention retardée du soir au lendemain matin. »

Ce que nous venons de dire de l'enfant est encore plus vrai du *nourrisson*. Chez lui, l'appendicite est rare, heureusement, mais son évolution est rapide et son pronostic extrêmement grave. Gangrène et perforation sont la règle, dans un péritoine sans aucune défense. L'accalmie traîtresse n'existe pas à proprement parler chez lui ; ce serait plutôt une erreur de diagnostic en face d'un état de torpeur et d'indifférence, avec un ventre souple et sans défense, tandis qu'on ne saurait pas apprécier le degré d'imprégnation toxique de ce bébé dont le poulx file et dont le nez se pince.

La conclusion qui s'impose, c'est qu'on est *impardonnable de ne pas opérer immédiatement toute crise appendiculaire diagnostiquée chez l'enfant*, et qu'on n'est jamais sûr, en face d'une amé-

lioration, même en l'absence de tout symptôme péritonéal qu'il n'y ait pas des lésions graves en évolution.

Certes, avec cette doctrine, il nous arrivera d'enlever bien des appendices sains. Nous nous y attendons, mais cela ne doit pas nous arrêter. Les erreurs de diagnostic sont très faciles chez l'enfant : vomissements acétonémiques, pneumonie, typhoïde, gastro-entérite, voir même l'indigestion banale ou les vers. N'allons pas évidemment négliger la clinique. Sachons flairer l'haleine du petit malade, apprécier l'odeur de ses vomissements, faire l'examen des urines, essayer, sans trop nous attarder, le le sérum glucosé rectal. Pensons à percuter la rate, à rechercher les taches rosées, à faire rapidement une numération globulaire. Ne négligeons rien au point de vue de l'examen de l'abdomen, gagnons, si possible, la confiance de l'enfant, palpons et repalpons ses fosses iliaques, en dépit de ses cris et de ses réactions de défense. Auscultons-le toujours, par principe. Recherchons l'herpès. Enfin n'oublions jamais le toucher rectal.

S'il y a un doute, ce sera toujours en faveur de l'appendicite. Nous ne nous en repentirons jamais. Si le malade n'a pas d'appendicite, il continuera à faire sa typhoïde ou sa pneumonie, sans que le pronostic ait à souffrir d'une intervention aussi simple et aussi rapide, et nous l'aurons délivré d'une lourde menace pour l'avenir. Si, au contraire, nous trouvons des lésions, combien serons-nous satisfaits d'avoir peut-être sauvé la vie d'un enfant que des complications aussi redoutables menaçaient. *C'est par l'éducation du public, et la chirurgie d'urgence de toute crise d'appendicite qu'on arrivera comme le souhaitait DIEULAFOY à ne plus en mourir. Ce vœu, si légitime déjà pour l'adulte, l'est encore plus pour l'enfant.*

C. — Les erreurs de thérapeutique.

« Education du public. » C'est bien le mot qu'il faut prononcer quand on voit les erreurs de traitement désastreuses encore trop souvent en cause.

1^o LA PURGATION INOCCUPUE.

C'est le fait des crises bénignes, pour lesquelles le médecin n'a pas été consulté. Peut-être le malade aurait-il guéri tout seul de cette première colique appendiculaire, peut-être aurait-il fait quand même sa perforation, après accalmie, dans un second temps. Toujours est-il que voici la purgation absurde, ou même le simple lavement et c'est la péritonite.

Signalons en passant le rôle souvent néfaste dans cet ordre de choses du « pharmacien consultant ».

Ici, c'est l'huile de ricin, la reprise inconsiderée de l'alimentation qui furent les circonstances trahissantes.

M. MONDOR opère un lycéen, purgé ainsi par son oncle dentiste : péritonite diffuse.

AMELINE rapporte le cas d'un médecin qui, après avoir eu quelques malaises abdominaux, attribués à des champignons à la crème, s'administre pendant trois jours consécutifs sulfate de soude et lavements. Finalement, il fait 100 kilomètres en auto pour venir à Paris se faire opérer. Ce n'est plus qu'un moribond en pleine péritonite, qui mourra deux heures après l'opération pour appendicite gangréneuse perforée.

Obs. (personnelle). — M. H..., 33 ans. Entre d'urgence à Bichat le 16 août 1933 pour crise appendiculaire remontant au 13 août au soir. Crise banale avec vomissements, température 38°. Cependant : diarrhée. Lundi 14 et mardi 15, accalmie très nette. Se purge le 15 au soir.

Reprise des douleurs le 16 avec vomissements. Vient à pied à 14 heures. Faciès fatigué. Pouls 110. Température 38°2. Douleur nette et contraction très marquée dans la fosse iliaque droite. Intervention à 17 h. 30. Gros appendice, perforé à sa pointe. Guérison.

2^o REPRISE INCONSIDÉRÉE DE L'ALIMENTATION.

L'écart entre les deux temps peut être assez long : 5-6 jours et plus. On croit à la guérison et souvent, du fait d'une compassion maternelle mal placée, ou d'une complaisance stupide, c'est la reprise de l'alimentation qui est fatale. Témoin l'histoire de ce jeune soldat de Chambard qui, devant sortir de l'hôpital

le 7^e jour, fait une rechute le soir du 6^e après avoir fêté son départ avec ses voisins de lit et meurt en 12 heures de péritonite : appendice gangréné baignant dans le pus.

C'est dans ces cas que se place, plus que jamais, la nécessité d'un examen trop négligé, mais qui doit maintenant, à la lumière des travaux modernes, entrer dans la pratique courante en présence de tout ventre aigu : nous voulons parler de *l'examen de la formule sanguine et de la recherche de l'hyperleucocytose avec augmentation des polynucléaires*. Nous en avons déjà signalé l'importance. Nous en reparlerons encore dans cet ouvrage. D'ores et déjà, disons, qu'à notre avis, c'est le seul critérium de guérison d'une appendicite, qui permette de relâcher la surveillance.

3^o LA MORPHINE.

Il est aussi une erreur de thérapeutique qu'il ne faut pas se lasser de dénoncer, car elle est encore trop souvent constatée ; c'est l'administration de morphine. Il va s'agir d'une accalmie provoquée, particulièrement traîtresse, car tous les symptômes sont faussés. Le péritoine, qui n'avait déjà que trop de tendance à être silencieux, est maintenant complètement endormi. La douleur a fait place à un bien-être factice, la contracture a disparu. Le rideau est tiré, mais derrière lui le drame continue. DIEULAFOY, dans sa clinique, flétrissait déjà cette pratique :

OBS. (DIEULAFOY). — Un jeune homme de 24 ans est pris soudain de douleurs abdominales violentes avec vomissements et fièvre. Le médecin appelé fait une injection de morphine. Bientôt survient la détente. La douleur disparaît, les vomissements cessent, la température tombe à 37°2, le point de Mac Burney est à peine sensible. Le malade se croit guéri et se lève. Mais trois jours après, le pouls étant resté très accéléré, on lui trouve un abdomen uniformément dur et météorisé. On l'opère : c'est une péritonite généralisée.

Rappelons l'histoire de l'infirmier de Berck, racontée par MONDOR. Croyant à une lithiase rénale, on lui fait de la morphine. Le lendemain, il est mort et à l'autopsie on trouve une perforation appendiculaire avec péritonite putride.

Voici encore l'histoire navrante d'un homme de 36 ans, tué par la morphine. Elle mérite d'être contée tout au long.

OBS. (personnelle). — M. F..., 36 ans, agent militaire, est pris le samedi 9 septembre 1933 de douleurs abdominales dans le côté droit de l'abdomen avec irradiations inguino-pubiennes, ténésme vésical et dysurie. Température 38°5. Le médecin traitant prescrit de la morphine et de la quinine, car le malade est en outre un ancien paludéen. Persistance des douleurs le dimanche : nouvelle injection de morphine. A noter que les symptômes vésicaux restaient intenses avec même une douleur balanique ce qui pouvait expliquer, dans une certaine mesure, le diagnostic de coliques néphrétiques porté par le médecin.

Le lundi, les douleurs ont cessé, le malade se sent mieux. Il a eu une selle et quelques gaz. Mais la température reste à 38°2. Nous n'avons pas pu savoir quel était alors le chiffre des pulsations, ni quel était l'état du ventre. Cet état persista jusqu'au mercredi soir où les douleurs reprirent violentes toujours dans le flanc et la fosse iliaque droite, et toujours avec irradiations vésicales et pénienues, ténésme et dysurie (à noter que les urines étaient normales sans calcul ni gravier, non sanglantes). Température 39°, un ou deux vomissements.

Le malade est alors vu, le jeudi matin, toujours dans cet état par un médecin capitaine de la garnison venu chez lui à titre de médecin de contrôle. M. F... en profite pour lui demander une consultation, le médecin traitant n'étant pas revenu voir son malade depuis le dimanche. Le médecin militaire fait, lui aussi, le diagnostic de coliques néphrétiques et procède encore à une injection de morphine. Cependant, inquiet, il revient le lendemain assisté d'un camarade également médecin militaire. Ils trouvent alors le malade avec une température à 39°, « le faciès un peu fatigué », diront-ils, ayant eu encore la nuit deux vomissements bilieux, mais ne souffrant plus. Toutefois l'abdomen est météorisé, tympanique dans son ensemble, sans douleur bien localisée. Aucune selle et aucun gaz depuis la veille au matin. C'est alors que nos confrères militaires instituent un lavement qui ramène quelques matières insinifiantes.

Le soir, exactement six jours après le début des accidents, devant ce tableau, les deux médecins capitaines finissent par s'alarmer et me demandent en consultation (je remplaçais le chirurgien civil de l'endroit). J'arrive en présence d'un malade qui frappe tout de suite par son faciès péritonéal des plus typiques. Le nez pincé, les yeux excavés, le teint

terreux, la langue sèche, ne laissent aucun doute avant tout examen sur la gravité extrême de l'état général. A côté du malade, dans la cuvette : des vomissements nettement fécaloïdes. L'abdomen est uniformément distendu, tympanique dans son ensemble. Aucune contraction, aucune ondulation péristaltique, mais aussi aucune douleur ni spontanée, ni provoquée. Toucher rectal négatif. Température 39°5, pouls 140. Après un quart d'heure de plaidoyer, car j'étais le premier depuis 6 jours à parler de chirurgie dans cette famille justement affolée, le malade est amené à la clinique et opéré sur-le-champ.

Les trois médecins qui, depuis 6 jours, distribuaient morphine et lavements à cet homme de 36 ans père de 4 enfants, virent sortir de l'incision des flots de pus fétide, mélangé à des gaz et un appendice pourri, en morceaux.

Le malade décédait le lendemain, malgré un drainage très large, et en dépit de toutes les thérapeutiques.

Cette observation se passe de commentaires, c'est un bel exemple d'accalmie par morphine, nous ne l'appellerons pas traîtresse, car c'est à l'ignorance des thérapeutes que convient cet adjectif.

D. — L'accalmie traîtresse en fonction du terrain.

A côté de l'enfant, chez qui des conditions physiologiques entraînent des accalmies traîtresses particulièrement pures, mais aussi très graves, il nous faut parler, pour être complet, de deux cas bien spéciaux aussi : l'appendicite des obèses et l'appendicite du vieillard.

APPENDICITE DES SUJETS OBÈSES.

Chez eux l'appendicite est particulièrement grave, en raison de la difficulté d'exploration de l'abdomen, du caractère sournois des lésions, de la moindre résistance de l'organisme, et des difficultés opératoires.

Obs. (personnelle). — Je me souviens, sans en avoir l'observation rédigée, d'un énorme gendarme que j'eus à soigner pendant mon service

militaire. Gros mangeur, rubicond, pléthorique et alcoolique, comme il convient, ce Pandore de caricature arriva un jour à l'hôpital Bégin présentant *à priori* les signes d'une crise appendiculaire moyenne. Mais quant à la palpation du ventre et à l'appréciation de la réaction pariétale, il n'en était pas question. Le refroidissement et une sérieuse diète, en vue d'une intervention dans de meilleures conditions, furent décidés. Le lendemain sembla donner raison à cette conduite : la douleur était atténuée, les nausées avaient disparu, quelques gaz avaient été émis. Bref, la guérison s'annonçait, quand le 3^e jour, une reprise des vomissements, sans douleur bien franche, mais avec un pouls plus rapide et une certaine altération du faciès forcèrent la main à l'intervention. Celle-ci fut particulièrement laborieuse et montra un appendice rétro-cæcal à moitié sphacélique, au milieu d'un début de plastron. Le malade guérit, mais il avait bien failli mourir de son appendicite.

Ici, ce qui conditionne l'accalmie, *c'est la paroi*. Comme nous aurons l'occasion de le redire, *pour faire de la contracture, il faut des muscles*. Si un panicule adipeux trop épais les recouvre et les cache à notre exploration, nous sommes privés du meilleur des signes et de la plus formelle des indications. Pour peu que les symptômes généraux ne soient pas très nets, le clinicien est perdu, d'autant plus qu'il cherchera naturellement toutes les raisons possibles de ne pas opérer ces sujets si peu résistants, aux bronches fragiles, au cœur déficient, au foie et aux reins tarés, en définitive si peu encourageants pour la chirurgie.

APPENDICITE DU VIEILLARD.

On sait que la fréquence de l'appendicite diminue avec l'âge, en raison des modifications anatomiques que subit l'appendice.

Certes, on peut encore observer, chez des sujets âgés, des appendicites aiguës en tous points comparables à celles de l'adulte, mais, en général, la crise revêt des modalités bien spéciales qui risquent d'égarer et de retarder le diagnostic.

L'appendice sénile présente une involution du fait de modifications qui portent sur la longueur, la largeur, l'épaisseur de la paroi et la lumière de l'organe.

L'appendice s'atrophie. Il devient nettement plus petit, moins épais, mal nourri, ses parois sont flasques, la muqueuse

se sclérose et présente des sténoses partielles ou totales. Les follicules clos, comme d'ailleurs tout le système lymphatique, tendent à disparaître. On comprend dès lors la rareté de l'appendicite chez le vieillard, mais aussi sa gravité quand elle survient sur cet organe mal nourri, sténosé, à parois minces, souvent bouché par des calculs stercoraux, rétro ou latéro-cæcal, la pointe en l'air du fait d'adhérences anciennes, en état de rétention. L'évolution fréquente des lésions, nous la devinons, c'est *la gangrène : gangrène torpide, à marche sournoise, qui va évoluer à bas bruit, souvent avec des symptômes d'emprunt, sur un état général déficient, dans un péritoine muet, sous une paroi inexistante.*

Nous ne parlerons pas de la forme pseudo-néoplasique, éventualité la plus heureuse, car endiguée par des barrières solides, ni de la forme occlusive, très fréquente, pour laquelle il importe de rapporter l'occlusion à sa vraie cause afin d'éviter la voie médiane et d'apporter plus de hâte dans le traitement, mais nous insisterons sur la forme gangréneuse se rapprochant de celle de l'adulte.

Nous insisterons sur le fait qu'on est encore plus tenté de temporiser. La notion d'âge en effet, le siège élevé de la douleur au-dessus du repère de Mac Burney avec irradiations le long du colon ascendant, une température atteignant à peine 38°, font douter du diagnostic. On pense plutôt à une colique hépatique ou néphrétique, à une occlusion, d'autant plus que, très rapidement, ces malades présentent du subictère, des urines foncées et rares, un tympanisme diffus. La confusion avec une lithiase est encore bien plus facile quand température et pouls sont peu influencés et risquent de nous donner une sécurité trompeuse. Dans cette forme on pense bien à l'appendicite, mais on redoute que ce soit à tort. Cependant, il ne faut pas, *a priori*, l'éliminer et, à cause de la gravité il faut, chaque fois qu'il y a doute, opérer d'extrême urgence.

Il ne s'agit évidemment pas, à proprement parler ici d'accalmie traîtresse, mais cette forme s'y rattache par son caractère latent et sournois. Faisons une injection de morphine, instituons une thérapeutique calmante et nous pouvons fort bien retomber dans le cas des exemples précédents.

E. — Les accalmies traîtresses en rapport avec la situation anatomique du foyer.

Nous voulons parler des foyers appendiculaires que leur topographie, les adhérences et l'épiploon aidant, a isolé de la grande cavité. *Le risque d'erreur ici est l'absence d'un des meilleurs symptômes, la contracture abdominale.*

DANGER DE PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE SECONDAIRE.

Le tableau est atypique et les signes en sont souvent masqués. Mais ces appendicites n'en échappent pas moins aux complications redoutables de la gangrène et de la perforation. Et même si l'on n'est pas intervenu, si on n'a pas eu l'idée d'aller chercher les signes là où ils sont, alors qu'on attendait une manifestation iliaque plus patente, même si ces appendicites ne se sont pas diffusées au péritoine avoisinant, elles restent encore sous la menace de l'abcès et de son ouverture secondaire dans la grande cavité.

DANGER D'ABCÉDATION ET D'OUVERTURE D'ABCÈS.

Nous ne voulons pas parler ici des appendicites non opérées à temps, qui en quelques jours constituent un plastron dans la fosse iliaque venant affirmer la nécessité de la prudence sous la main du clinicien le plus léger et le moins observateur, mais nous voulons dénoncer ces péritonites plastiques localisées sournoises, et cachées parce qu'indirectement accessibles à l'examen ; à savoir les *foyers retro-cæcaux et pelviens*.

Il n'est pas besoin non plus de ces grandes oscillations progressivement ascendantes, traduisant une suppuration profonde, mais nous avons surtout en vue *ces courbes de température qui ne sont jamais bien descendues à 37°, qui, restées à 37°5 vont remonter le soir à 37°8 ou 38°*. Ce sont ces malades qui semblent rétablis d'une alarme bénigne, souvent mal diagnostiquée, impatients de s'alimenter comme tout le monde et de se lever, mais qui ont 38° tous les soirs, qu'il faut surveiller de très près, sous peine de voir éclater peut-être une péritonite généralisée, réalisant la forme en trois temps.

« Il est des abcès gangréneux rétro-cæcaux-méso-coeliaques ou pelviens, qui sont torpides si l'on en juge par la température peu élevée et la douleur modérée ; mais ils sont virulents, vite à l'étroit. Si l'on n'arrive pas avant leur explosion, celle-ci sera fatale au malade. En deux ou trois jours, la première crise semblait terminée. En trois ou quatre jours la collection se constitue et est déjà prête à se rompre. Ces péritonites sont peut-être les plus rapidement foudroyantes. Les malades peuvent succomber en quelques heures (MONDOR). »

L'INSUFFISANCE D'EXAMEN.

Evidemment, il ne s'agit pas, dans ces formes d'appendicite, de véritable accalmie traîtresse. Répétons-le encore, et soyons sévères pour nous-mêmes, l'accalmie traîtresse vraie est très rare.

Ici, c'est bien plus souvent notre insuffisance d'examen, l'oubli du palper rétro-cæcal et du toucher rectal, c'est-à-dire là où est le mal, la confiance trop simpliste en une paroi abdominale muette parce qu'éloignée du foyer, un retard de diagnostic, une lenteur de décision, qui sont les circonstances traîtresses. En tous cas, il nous paraît indispensable d'en parler, dans un ouvrage qui a avant tout pour but de dénoncer les pièges d'une affection.

Avant de dire quelques mots des appendicites rétro-cæcales et pelviennes, nous voulons insister ici encore sur un examen dont nous reparlerons plus tard, dans les conclusions de cette thèse, et qui devrait être un geste habituel et instinctif, dans l'examen d'un ventre aigu, dès qu'on hésite, dès que les événements prennent une allure anormale, et en particulier avant toute affirmation de guérison. Cet examen toujours facile à pratiquer et dont le résultat est presque immédiat, c'est celui de la *formule sanguine*.

LA LEUCOCYTOSE SANGUINE.

Déjà nécessaire en cas de doute, dans les péritonites en deux temps, c'est ici, dans les péritonites plastiques occultes, que cet examen prend toute sa valeur.

« Il sera particulièrement instructif dans la surveillance du plastron, pour ne pas trop longtemps croire péritonite plastique ce qui est abcès caché, pour ne pas croire refroidi ce qui n'est que tiédi, pour éviter la surprise, si la perforation appendiculaire a été enkystée, d'un abcès hypertendu perforant les barrières, enfin pour éviter de prolonger la faute de méconnaître un foyer postérieur ou un foyer pelvien (MONDOR). »

L'accalmie de l'appendicite rétro-cæcale.

Nous verrons, dans la deuxième partie de cette thèse, en étudiant la pathogénie de l'accalmie traîtresse, le rôle démonstratif évident du péritoine pariétal. Certains auteurs vont même, avec Z. COPE à le diviser en zone démonstratives et zones non démonstratives ou muettes. Ces dernières correspondraient à la paroi abdominale portéro-latérale et au pelvis. Nous ne saurions abonder dans ce sens et excuser nos erreurs en invoquant ces *zones muettes*. Appelons-les « zones atypiques », soyons prévenus de leur existence, sachons y palper le péritoine, et expliquer à leur niveau les symptômes d'emprunt; mais les baptiser *a priori* non démonstratives est d'un défaitisme qu'il faut dénoncer et que nous ne pouvons admettre. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut en dire dans l'appendicite pelvienne.

Pour l'appendicite rétro-cæcale, qui nous occupe, *sachons que tout peut tromper, si nous n'allons pas en arrière chercher le foyer appendiculaire sournois, car isolé de la grande cavité*. Dès lors, ne nous étonnons plus de trouver une fosse iliaque droite insensible et souple, mais attachons toute sa valeur à une légère flexion de la cuisse, traduisant la contracture du psoas. « Faisons coucher le malade sur le côté gauche et pratiquons un palper, non pas iliaque antérieur, mais inter-costo-iliaque postérieur. Et faisons-le avec toutes les curiosités de l'examen fait habituellement en avant. Nous trouverons tout : la contracture, la douleur provoquée, quelquefois le plastron, l'empâtement, quelquefois l'œdème, quelquefois la circulation collatérale. »

« Le malade ne s'y trompe pas ; il sait notre main gauche fixée au bon endroit ; c'est lui qui a raison, ce sont nos doigts gauches qui indiquent où le bistouri doit aller, derrière le cæ-

cum. Qu'il y ait là un appendice plein de pus, un appendice gangréné, un abcès sous tension, une perforation encore couverte, le danger de péritonite est le même : votre diagnostic aura prévenu ce danger, si vous vous êtes rappelé le siège rétro-cæcal de l'appendice, la nécessité, lorsque la fosse iliaque est libre d'examiner aussitôt en arrière, c'est-à-dire d'obtenir le décubitus latéral et le palper bimanuel le plus attentif. Tout s'éclairera alors : la réaction péritonéale écourtée du premier jour, l'apaisement abdominal presque complet, le météorisme cæcal, lui-même au-devant du foyer, et la sonorité à ce niveau, qui faillit rassurer à tort, enfin cette fièvre peu élevée, mais résistante, et l'insomnie, l'inappétence. »

« Par conséquent un premier jour à alerte vite calmée et une sédation en apparence progressive les jours suivants peuvent très bien conduire à l'abcès rétro-cæcal le plus virulent, à la gangrène appendiculaire provisoirement couverte et, si l'on attend les signes abdominaux et iliaques de défense ou de plastron, aux péritonites secondaires les plus redoutables. Il ne faut pas croire prendre en défaut ce signe de la contraction. Elle existe, mais pas où l'on risque de la chercher trop obstinément. Elle est pariétale, mais lombaire, ou encore au niveau du psoas. C'est là qu'il faut l'interroger et savoir la découvrir (MONDOR). »

Le hasard a voulu qu'au moment où nous écrivions ces lignes, nous venions d'opérer, en urgence, dans le service du Dr LABEY, un malade dont voici l'histoire.

OBS. (personnelle). — C..., 17 ans.

A été pris de douleurs vagues iliaques droites et périombilicales le 8 janvier 1935, sans nausées, sans vomissements, sans fièvre.

Ces douleurs persistent imprécises et floues jusqu'au lendemain 9 janvier, à 8 heures, où, brusquement éclate une douleur en coup de poignard à droite, dans la région voisine de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Toujours pas de nausées, ni de vomissements. Pas de selle. Quelques gaz. Arrive à l'hôpital à 12 h. 30. Faciès excellent. Temp. 39°. Pouls 90 bien frappé. Le malade ne souffre plus depuis une heure.

A l'examen, on est surpris de trouver un abdomen parfaitement souple, mobile et en particulier une fosse iliaque droite sans aucune espèce

de défense ni de contracture. Matité hépatique normale. On serait tenté de temporiser mais deux éléments nous conduisent à l'intervention :

- 1^o le caractère brutal et aigu de la douleur, survenant d'un seul coup après un épisode de douleurs vagues ;
- 2^o l'existence d'une douleur et d'une contracture sus-iliaque latérale droite des plus nettes à la palpation.

La disparition des douleurs spontanées au moment de l'examen nous fait penser à la possibilité d'une gangrène, et cela sur un appendice rétro-cæcal, isolé de la grande cavité.

L'intervention montra effectivement un énorme appendice rétro-cæcal complètement sphacélé. Une mèche. Guérison.

Sans intervention, outre l'éventualité de l'ouverture et de la diffusion à la grande cavité péritonéale, peu probable étant donné le siège de l'appendice, nous aurions pu assister à la constitution d'un abcès torpide, avec tous ses risques de rupture.

Voici une observation, qui en montre bien le danger et le caractère sournois.

OBS. (MONDOR). — « Un médecin m'appelle auprès de sa femme pour une crise abdominale. Je vois la malade au 3^e jour de sa maladie avec une température descendante, un bon pouls mais de la contracture dans la fosse iliaque droite. Je diagnostique une appendicite ; nous étions le 3^e jour après le début, c'est-à-dire au delà de cette durée de 48 heures qu'on a trop artificiellement fixée comme limite de choix. Le reste du ventre étant parfaitement souple, nous décidons de refroidir le plus complètement possible. Les 4^e, 5^e, 6^e, 7^e jours sont satisfaisants.

« Tout paraît céder : douleurs, parésie intestinale, température. Au 8^e jour, nouvelle poussée thermique qui s'accuse le 9^e jour. Douleur un peu plus vive dans la fosse iliaque droite très en arrière. Je diagnostique un abcès rétro-cæcal et compte bien l'ouvrir à temps. Le surlendemain, vers 4 heures du matin, la malade est prise d'une soudaine douleur, en coup de poignard. Lorsque j'arrive à 8 heures, elle est mourante, sans pouls, les mains bleues et froides, inopérable. Morte vers midi. »

Les accalmies dans l'appendicite pelvienne.

Dans toute appendicite aiguë, sauf peut-être dans l'appendicite rétro-cæcale, il y a réaction pelvienne plus ou moins accusée. Nous ne voulons parler ici que des formes à symptomatologie exclusivement pelvienne, parce que le foyer est dans le petit bassin dès le début. Le tableau clinique en est bien spécial et, tout le temps de l'évolution, il nous faudra lutter contre les ruses de la maladie avec des ruses d'examen, afin de n'être pas trompé.

LA CRISE.

Une crise vient d'éclater, marquée par une douleur abdominale banale, accompagnée de ténésme vésical, de dysurie, parfois de rétention d'urine, signes qui ont pu égarer le diagnostic, d'autant plus que la fosse iliaque droite était souple et indolore. D'autres fois ce sont les signes rectaux qui ont dominé, avec ténésme, hyperesthésie du sphincter, selles explosives. Dans les cas heureux, le médecin se sera souvenu de la *nécessité du toucher rectal* et aura vérifié contre la paroi rectale antérieure, en haut et à droite, l'hyperesthésie, la douleur, certains ont dit la contracture, absentes au point de Mac Burney. « Or ce point douloureux, même s'il n'y a ni haute température, ni poulx déprimé, ni ballonnements, peut très bien signifier appendicite grave. » « *Si vous vous basez, dit MONDOR, sur cette retraite pelvienne pour escompter un enkystement solide, ou une paisible évolution de la collection, que de cruels démentis !* »

SA DIFFUSION. FORMES EN DEUX TEMPS.

Si, par méconnaissance du diagnostic, c'est-à-dire par oubli du toucher, l'intervention, n'a pas eu lieu, on pourra assister à une guérison, parfois assez rapide pour que, rétrospectivement, on n'ose pas poser le diagnostic d'appendicite mais aussi à la diffusion. Cette diffusion ne se fera jamais d'un seul coup à la grande cavité. Nous avons affaire ici à une *pelvi-péritonite*, tout comme la pelvi-péritonite salpingienne. Il n'en est pas

moins vrai que, dans les cas graves, avec sphacèle et perforation, l'infection peut rapidement, et sournoisement s'étendre du bassin à l'abdomen, réalisant des formes en deux temps, avec véritable accalmie traîtresse.

En voici des exemples :

OBS. (G. BAUDET, *Revue de Chirurgie*, 1923). — P... André, 21 ans. Entre à l'hôpital le 18 juillet 1931 au soir, avec le diagnostic : « en observation pour douleurs abdominales ».

Vu par le médecin de garde, qui ne note rien d'anormal. Le lendemain, dimanche, est vu par l'assistant. On parle d'appendicite chronique.

Lundi matin. A eu une nuit très calme, a dormi, ne souffre pas ne vomit pas. Présente un abdomen très souple. Mais température 38°, pouls 86, se plaint de gêne à la miction. Douleur nette à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Toucher rectal douloureux. Douglas légèrement bombé.

Opération : Appendice pelvien, sphacélé, perforé, baignant dans du pus fétide, encore localisé au pelvis.

OBS. (BENETON, Thèse Paris, 1926). — (In SOUPAULT et SEILLE, App. pelvienne. *Revue de Chir.*, 1930, p. 181). — Un garçon de 11 ans est pris d'une légère douleur abdominale diffuse et de vomissements. Les mictions sont douloureuses et il a rendu plusieurs selles diarrhéiques. Mais la température est légère, à 38°. Les signes pelviens n'attirent pas spécialement l'attention, le toucher rectal n'est pas pratiqué et l'on est rassuré par l'examen négatif de la fosse iliaque droite.

Trois jours après, la scène change brusquement. Temp. 40° ; le faciès s'altère, l'enfant est agité, les vomissements reprennent porracés, le ventre se ballonne, les selles sont diarrhéiques, glaireuses. Le chirurgien appelé constate sans peine tous les signes d'une péritonite diffuse. Intervention d'urgence : On trouve, au milieu de pus jaunâtre et malodorant un cæcum collé contre la vessie, avec un appendice tendu transversalement, adhérent à la face postérieure de cet organe, sphacélé et perforé. Mort le cinquième jour dans le collapsus.

OBS. (MORISON, *The Lancet*, 1922). — (In SOUPAULT et SEILLE : App. pelv. *Revue de Chirurgie*, 1930). — Un homme de 45 ans est pris d'une douleur généralisée dans tout l'abdomen. Mais celle-ci se calme ;

il peut reprendre son travail et dormir la nuit suivante. Le 3^e jour, au matin, il est réveillé par une douleur atroce, poignante, irradiant dans tout l'abdomen, et s'accompagnant de nausées, de tendance à la syncope, de frissons et de sueurs.

Opération, le 8^e jour de la crise. L'opérateur n'a pu extirper l'appendice qu'il a senti à bout du doigt, au fond de l'excavation pelvienne, d'où s'échappait du pus fétide. Mort.

Autopsie : appendice pelvien, gangréné et perforé.

OBS. (CHAMBART, *Archives médic. de Province*, 1922). — (In SOUPAULT et SEILLE, *Rev. Chir.*, 1930). — Un jeune homme de 18 ans présente, le 20 décembre des coliques généralisées à tout l'abdomen, et des vomissements abondants. Sans faire appeler le médecin, il se couche et ne prend que des aliments liquides pendant deux jours.

Amélioration assez grande pour qu'il puisse se lever, manger et travailler, toute douleur ayant disparu.

Le 5 janvier à 12 h. après l'absorption d'un laxatif, il est pris de douleurs vives et de vomissements. Son médecin, arrivé deux heures après, constate les signes évidents d'une péritonite. Opération le même soir : liquide bouillon trouble, cæcum libre. On voit l'appendice s'enfoncer dans un abcès pelvien encapuchonné par l'épiploon. Appendicectomie. Guérison après une phlébite.

L'ABCÈS PELVIEN.

Si l'évolution de cette appendicite pelvienne, au lieu de se faire vers la diffusion péritonéale, se fait vers l'enkystement et l'abcès, là encore, nous allons assister à des accalmies tandis que se constituera, traîtreusement et à bas-bruit, la collection. Le siège profond pelvien, de cet abcès, vient ajouter encore à la latence et à la difficulté du diagnostic, et ceci toujours par négligence du même examen pourtant simple : le *toucher rectal*.

« Si je suppose, écrit MONDOR, un examen iliaque antérieur et un examen rétro-cæcal aussi négatifs l'un que l'autre, et si j'apprends qu'à la grande surprise du médecin traitant les phénomènes, après quelques jours rassurants ont été tout à coup rapidement remplacés par la péritonite la plus grave, je peux être assuré qu'il y eût oublié d'un geste essentiel de l'examen de tout ventre urgent :

l'oubli du toucher et en conséquence ignorance d'une appendicite pelvienne. »

Les phénomènes fonctionnels et généraux tendaient à s'atténuer. On allait bientôt oublier cette crise, lorsque la température et le pouls remontent, avec des frissons et des malaises, une accentuation des troubles vésicaux, et de la diarrhée.

« Si le toucher, enfin, est fait, il est déjà plus facilement et plus rapidement instructif. Combiné au palper hypogastrique, il fait trouver, non plus seulement le point douloureux, mais un empâtement étalé devant le rectum : c'est là qu'est le plastron, c'est-à-dire du pus et la réaction de voisinage. Encore, au contraire, du temps perdu, et alors ce n'est plus l'oubli du toucher qu'il faut supposer, c'est son ignorance.

« Vient le dernier signal : le ténésme rectal, les envies fréquentes, la rectite glaireuse. Le malade dit « diarrhée », l'infirmière dit : « glaires entérite ». Pourvu que le médecin et le chirurgien ne s'en tiennent pas à ces approximations.

« Si l'un d'eux faisait le toucher, se souvenant que ces rectites glaireuses sont, si souvent, signes de préperforation, il trouverait plus de signes qu'il n'en faut : un anus béant, une muqueuse épaissie, à gros plis, un œdème pariétal, jusqu'à l'anus et, au bout du doigt, une tuméfaction rénitente. Avec la main hypogastrique et le doigt, on peut parfois trouver le flot : cette fois c'est un abcès d'un litre au moins. L'évolution providentielle le conduira peut-être vers le rectum et l'évacuation spontanée, mais comment en être assuré ? Et que de fois la barrière supérieure, faite d'épiploon, d'anses grêles, se montrant moins résistante que la paroi rectale, l'ouverture, l'irruption de l'abcès méconnu ou trop longtemps surveillé, se fera-t-elle dans la grande cavité péritonéale ? Ces péritonites secondaires, par rupture d'abcès pelvien sont à peu près toujours fatales (MONDOR). »

Venant à l'appui du toucher rectal, nous insisterons encore ici sur la valeur de la *polynucléose sanguine* suivie à des examens répétés, pour déceler, même en dehors de tout phénomène thermique, l'abcédation du plastron pelvien.

Ainsi vont donc se trouver réalisées des péritonites diffuses en trois temps :

LES FORMES EN 3 TEMPS.

La crise constitue le 1^{er} temps, puis à la suite d'une accalmie, c'est l'abcès pelvien, torpide. Enfin, s'il est méconnu, c'est la péritonite généralisée, par rupture secondaire, de gravité terrible.

Il suffit d'un effort minime pour rompre les barrières : un changement de position, la toux, la défécation.

OBS. (PAUCHET). — Homme de 37 ans, vu 15 jours après le début de la crise, présentant un abcès pelvien rétro-vésical, de la taille d'une orange, nettement perceptible au toucher rectal, et s'accompagnant, le long de l'arcade crurale, d'une légère tuméfaction. On décide la rectotomie pour le lendemain.

A l'heure fixée : anesthésie, puis dilatation anale. Mais on ne sent plus la poche prérectale ; on décide une laparotomie et on trouve du pus libre dans tout l'abdomen.

Ce cas est à rapprocher de celui de SANTY, où la rectotomie, en affaissant le plafond de la poche, dans le cas d'un gros abcès provoque une péritonite diffuse avec mort.

LES ABCÈS ILÉO-PELVIENS.

A côté des abcès de l'appendicite pelvienne vraie, il nous faut insister aussi sur la traîtrise des formes iléo-pelviennes.

Il s'agit d'une crise iliaque banale non opérée qui, après 3 ou 4 jours, se résout en constituant un plastron iliaque, bien net, étalé, douloureux, indiscutable. On glace toujours, on attend, la température se stabilise autour de 37°8, 38°, puis après 8-10 jours, parfois plus, on sent peu à peu le plastron se résorber, se rétrécir, s'effacer. « C'est la guérison », pense-t-on. Il n'en est rien, car l'état général ne reprend pas, bien au contraire, il décline, et si l'on n'a pas pris garde à des petits signes discrets, comme un peu de dysurie, ou de ténésme rectal, que le malade n'indique pas toujours, on va assister un jour brusquement à une évacuation de pus par le rectum, éventualité encore heureuse, ou bien à une péritonite généralisée, et ceci, faute

d'avoir pratiqué un examen essentiel, capital, le toucher rectal ou vaginal. Il y a eu, à bas bruit, coulée iléo-pelvienne, à mesure que fondait le plastron iliaque, faisant croire à la guérison, se développait un plastron pré-rectal.

C'est par ce mécanisme d'extension, de proche en proche qu'on explique les abcès bi-iléo-pelviens, les abcès en étoile, à quatre branches. On peut avoir par suite de cloisonnements, apparence de poches isolées et successives. La plupart du temps, c'est en bas, au plancher par le toucher, et non au plafond, dans les fosses iliaques, qu'on en trouvera la clé, et qu'on videra tout, du même coup, par le coup de ciseau à travers la paroi rectale, qui ramènera des flots de pus.

Par ce simple geste, nous aurons éloigné du malade le danger de la péritonite secondaire par rupture ou diffusion, et aussi nous l'aurons bien souvent préservé ou guéri d'une complication extrêmement fréquente de ce genre d'abcès : nous voulons parler de l'*occlusion intestinale*.

C'est l'abcès pelvien, et surtout l'abcès pelvien haut, se rapprochant de l'abcès méso-coélique, — lequel n'est qu'une forme de passage entre la collection iliaque et la collection pelvienne, — qui expose le plus aux phénomènes occlusifs associés. Sans doute y a-t-il, dans cette occlusion, un élément mécanique, un obstacle réel par péritonite adhésive à la périphérie de l'abcès fusionnant les anses grêles ; et en effet il y a des ondulations péristaltiques, mais surtout le principe de cette occlusion est inflammatoire, ainsi qu'en témoigne la température toujours au moins à 38°, et la leucocytose sanguine, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Faisons un toucher rectal et le diagnostic étiologique en est fait. Le propidon si l'abcès n'est pas collecté, l'incision rectale s'il bombe, seront là, bien plus efficaces qu'une laparotomie médiane.

Au total : crise iliaque, accalmie, constitution d'un abcès pelvien à bas bruit. Fréquence des phénomènes occlusifs, telle est la marche des événements dans tous ces cas.

Et pour conclure ce chapitre de l'appendicite pelvienne, et même de l'appendicite en général, il nous paraît utile de redire l'importance et la *valeur du toucher rectal systématique*, allant à la recherche de lésions qui pouvaient à première vue paraître cachées.

* * *

Critique des signes généraux et fonctionnels avec un esprit qui ne se laissera pas influencer par des modifications à première vue heureuses, mains qui palpent avec l'idée de faire dire au péritoine ce qu'il pourrait cacher, toucher rectal systématique, large pratique des examens du sang, et enfin, par-dessus tout, le devoir de l'intervention précoce dont on ne se repend jamais, telles sont les notions que nous avons voulu dégager de cette étude, et qui doivent de plus en plus faire de l'accalmie traîtresse de l'appendicite, déjà bien modifiée depuis DIEULAFOY, une affection historique.

II

Accalmies et causes de retard d'intervention dans les perforations d'ulcères gastro-duodénaux.

Nous distinguerons 4 cas :

1^o Des *formes ayant débuté de façon typique*, avec gros shock au début, mais *présentant dans les heures suivantes une rémission des signes fonctionnels et généraux* qui peut faire douter du diagnostic.

Ce sont des *fausses accalmies*. La quiétude du médecin ne repose que sur une *méconnaissance complète des signes de perforation au début*. On attend ce qui ne doit venir que beaucoup plus tard, et on méconnaît des signes de gravité évidente.

2^o Des *formes avec rémission vraie*, où l'accalmie est complète et réelle. Il s'agit d'un *endiguement du processus péritonéal ou d'un enkystement précoce*. C'est le cas des *perforations couvertes*, des *perforations postérieures*, des *formes en deux ou trois temps*, des *formes hautes*.

3^o Des *formes dites frustes ou atténuées*, où les causes d'erreur avec un syndrome médical sont des plus faciles et dangereuses.

Nous y rattacherons les accalmies dues à l'administration inconsiderée de morphine.

4^o Nous indiquerons ensuite la possibilité de *formes absolument latentes*, parfois ambulatoires. Ces formes bien que ne comportant pas d'accalmie à proprement parler, ne peuvent être distraites de ce chapitre.

Dans tous ces cas, il importe de signaler dès maintenant la recherche d'un signe capital, non seulement clinique, mais radiologique : le *pneumopéritoine*.

Nous dirons déjà son importance dans le diagnostic des formes atypiques de l'ulcère perforé, mais nous en réserverons une étude d'ensemble pour la fin de notre travail.

LA DISPARITION DU SHOCK INITIAL ET LES DANGERS D'UNE TEMPORISATION TROP OPTIMISTE

Nous ne pouvons faire mieux que de reproduire ces quelques phrases de M. MONDOR (*Bulletin médical*, 13/13/30) :

« ...Un exemple : le malade est vu deux heures après sa perforation par le médecin. Celui-ci fonde malheureusement quelque espoir sur l'absence de vomissements et l'absence d'élévation thermique. Il revient bien trois heures plus tard, mais trouve un malade plus calme et confirme un pronostic favorable. Lorsque le malade le lendemain est conduit au chirurgien, il est sans pouls et en pleine septicémie péritonéale.

...Un autre exemple : un premier médecin arrive auprès du malade. Après son examen il dit : « Il faut appeler le chirurgien. » Un deuxième médecin venu plus tard dit : « Mais non, c'est une appendicite. Autrefois on ne les opérait pas tout de suite, et elles guérissaient. » Le lendemain, état aggravé. Le deuxième médecin la veille, temporisateur à aphorismes, déclare cette fois : « Je viens avec mon chirurgien. » On trouve une péritonite putride, avec perforation d'ulcère. Mort une heure après cette opération désastreusement retardée.

Encore du même ordre, l'erreur commise par un chirurgien appelé par l'interne auprès d'un malade avec diagnostic de péritonite : « Oh ! avec un si bon pouls » dit-il, et il n'opère pas. Un abcès sous-phrénique puis la mort furent les conséquences de cette clinique sommaire.

Les plus fréquentes erreurs viennent donc de ce qu'on attend le ballonnement, la tachycardie, l'hyperthermie, les vomissements. Or, ce ne sont pas les symptômes de la perforation d'ulcère.

Au moins une fois sur deux il n'y a pas de vomissements. Que de fois le pouls après le shock des premières heures est un pouls calme, bien frappé, régulier. La température est souvent normale. Quant au ballonnement signe de péritonite, c'est un signe d'autrefois, non d'aujourd'hui.

Prendre quatre, cinq, dix fois ce pouls et le juger rassurant ; regarder le 37°5 ou le 37°8 avec un sentiment de confiance ; se redire « le malade ne vomit pas », pour croire « il n'y a pas de menace péritonéale », sont des aveuglements qu'il faut inlassablement signaler.

Pourquoi bon pouls, température normale, absence de vomissements, ont-ils trompé le clinicien ? Parce que celui-ci arrivé trois heures, quatre heures, six heures après le début des accidents, trouve le malade non pas au plus fort de l'attaque, mais dans un temps d'accalmie et parfois d'euphorie.

Alors qu'aussitôt après le début de la perforation le shock pouvait être extrême (pâleur, sueurs, refroidissement des extrémités, inertie, hypothermie, pouls filant), deux, trois, quatre heures après, le pouls peut être à 80, et la température à 37° ? Il peut y avoir aussi atténuation des phénomènes douloureux, impression de sédation. Le malade est presque rassuré, le médecin risque de l'être, c'est bien l'amélioration trompeuse.

Une observation de POWER souligne le risque de confusion.

OBS. (POWER). — Le malade était dans les premières heures sans voix, sans pouls et dans un état si grave que le médecin refusa de le faire transporter. Une heure plus tard, son état était tellement amélioré, que le chirurgien hésita sur l'opportunité d'une intervention immédiate.

Les erreurs tiennent certainement souvent à ces rémissions apparentes de la maladie. WATERHOUSE, qui a bien insisté sur le vrai danger dans le diagnostic constitué par ce qu'on désigne sous les noms de période de réaction, intervalle libre, donne deux bons exemples :

OBS. (WATERHOUSE). — Un malade est vu par un médecin qui lui conseille d'entrer tout de suite à la clinique pour examen radioscopique. Le malade va la à poste pour envoyer un télégramme à sa famille. En l'écrivant, douleurs épouvantables, syncope. WATERHOUSE voit le ma-

lade quatre heures après. Il est assis, se sent bien, veut rentrer chez lui. Un peu de contracture au point de MAC BURNEY et c'est tout. Avec beaucoup de difficultés on persuade le malade de se laisser opérer. On trouve une perforation large avec inondation péritonéale.

OBS. (WATERHOUSE). — Un autre malade fait une douleur de perforation avec syncope à 9 heures du matin. Il dit à 15 heures à WATERHOUSE : « Je suis maintenant parfaitement bien. J'irai à mon bureau dès que vous aurez fini votre examen ». Il n'avait qu'un seul signe préoccupant, 32 respirations par minute. « Je le fais diriger vers la salle d'opération à 17 heures ; le chirurgien assistant de garde vient à ma rencontre et me dit : « Votre ulcus perforé vient d'arriver à pied et dit qu'il est très bien. » Malgré les protestations du malade, qui déclare être soumis à une opération inutile j'opère et trouve une perforation avec trois pintes de liquide péritonéal. »

« Faut-il donc reprendre le terme de DIEULAFOY et dire cette accalmie traîtresse, ne devons-nous pas plutôt songer à dire traîtresse notre distraction, notre inattention de clinicien ? (MONDOR) »

Nous pourrions multiplier les exemples à l'infini. Le cas est banal et nous ne voulons pas y insister plus longtemps. Se baser sur la disparition du shock initial et l'amélioration des signes fonctionnels si fréquentes dans les premières heures qui suivent la perforation, est le fait d'une clinique par trop sommaire et constitue une grave erreur qui, heureusement est rare. *Elle est basée sur la méconnaissance d'un signe capital de péritonite au début : la contracture abdominale.*

Autrefois, comme nous aurons l'occasion de le redire, ventre aigu était synonyme de gros ventre aigu. Attendre le ballonnement, l'arrêt des matières et des gaz, les vomissements bilieux ou porracés des anciennes descriptions, l'accélération du pouls, le faciès tiré, les yeux excavés, le nez pincé, la dyspnée, pour conclure à la péritonite et pour intervenir appartient à une clinique d'un autre âge. Nous reviendrons suffisamment sur le signe de la contracture abdominale pour nous permettre de passer outre maintenant.

FORMES AVEC RÉMISSION VRAIE. ENDIGUEMENT DU PROCESSUS PÉRITONÉAL

Ici l'histoire de la maladie est typique, aussi bien dans les antécédents déjà éloignés que dans la brutalité et l'intensité avec lesquelles s'est déchaîné le drame actuel. On est déjà certain en arrivant du diagnostic, mais on est étonné de ne trouver que des signes atténués. En effet, il n'y a pas de contracture généralisée, pas de météorisme. On trouve simplement une défense musculaire modérée dans toute l'étendue de la paroi abdominale, plus marquée dans la région de l'épigastre, et sous les fausses côtes droites. Parfois même toute une partie de l'abdomen est souple, dépressible. La sensibilité n'est elle-même le plus souvent appréciable que dans l'étage sus-ombilical et peu intense. Le premier mouvement est alors un mouvement de doute. Ce n'est pas l'état abdominal d'une perforation datant de six, huit, dix heures et souvent plus. Il en est de même pour l'état général. Le faciès est excellent, le pouls est plein, régulier à 80. La température est normale, à peine un peu élevée.

Ce n'est pas une véritable accalmie traîtresse où la sédation masquerait l'aggravation effective des lésions. *Il y a bien un arrêt, un endiguement réel du processus péritonéal.*

Il s'agit surtout dans ces formes de *perforations couvertes*. Les perforations postérieures, les formes hautes de la petite courbure ou juxta-cardiaques peuvent revêtir cette allure en deux temps.

Signalons avant d'y revenir plus tard la valeur dans tous les cas hésitants de la constatation d'un *pneumopéritoine* traduit quelquefois à la percussion par la sonorité pré-hépatique en position demi-assise, en tous cas, sûrement démontré par l'examen radiologique. Il est malheureusement loin d'avoir été recherché dans toutes les observations que nous allons rapporter.

LES PERFORATIONS COUVERTES

La couverture de la perforation peut être réalisée par un vis-cère voisin : face inférieure du foie, vésicule, souvent par l'épiploon, qui jouera là encore son rôle protecteur, d'autres fois par une fausse membrane, ou encore par d'autres agents plus rares : fragment alimentaire (POPPER et KLEIN) peloton graisseux (PICOT).

1° *En général*, après une crise ne différant en rien d'une perforation en péritoine libre, et suivie d'une amélioration rapide, *il persiste des signes de réaction péritonéale dans l'étage supérieur du ventre*, suffisamment nets pour entraîner la décision opératoire.

OBS. (PLISSON et CLAVELIN). — L..., gendarme, 33 ans, n'ayant aucun passé gastrique, se sent mal à l'aise dans la matinée du 20 mars 1925, mais fait son service. En déjeunant à 13 heures ; il est pris d'une douleur très violente, épigastrique, en coup de poignard. Il présente alors un vomissement alimentaire. Les douleurs se calment dans l'après-midi. A 20 h. 30, température 37°2, pouls 74, ni vomissement ni nausée depuis le début. Bon faciès. Les douleurs sont beaucoup moins vives qu'au début de l'après-midi, mais le ventre ne respire pas. Le signe de décompression du péritoine est négatif. L'abdomen est légèrement contracturé et douloureux, avec un maximum dans la fosse iliaque droite et l'épigastre.

Intervention 8 heures après le début (CLAVELIN). On trouve recouverte de fausses membranes très friables, une perforation de 3 mm. de diamètre sur la face antérieure du vestibule pylorique. Suture. Guérison.

OBS. (BARTHES). — Homme de 54 ans, rentré dans la nuit du 19 au 20 janvier 1932 à Broussais, service du D^r MONDOR.

Début le 19 janvier à 19 h. 30, alors qu'il préparait son dîner. d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite rapidement médiane puis généralisée en quelques instants à tout l'abdomen. D'abord très intense, cette douleur se calme un peu par la suite, et le malade a deux vomissements bilieux.

Il est vu par BARTHES le 20 janvier à 9 h. 30. Malade un peu angoissé, respiration courte et accélérée, il n'est pas shocké, ne souffre pas, il est calme, température 37°7, pouls 90 régulier, bien frappé. N'a pas vomi, n'a pas émis de gaz, a uriné spontanément. Le ventre respire, mais toute respiration profonde est impossible. En outre il existe une contracture de bois invincible au niveau de l'hypocondre droit. Même contracture dans la fosse iliaque droite, mais plus légère. Le reste de l'abdomen présente de la défense musculaire, mais pas de contracture vraie. Il est dépressible quand on le palpe avec douleur. La douleur provoquée est très nette et intense dans la région sous-hépatique, nulle ailleurs.

Pas de douleurs à irradiations scapulaires. Toucher rectal négatif, Douglas normal, pas de sonorité pré-hépatique.

Radioscopie : pas de zone d'air libre. Radiographie non pratiquée.

En outre il s'agit d'un bronchitique chronique avec emphysème. Rien n'est à noter au point de vue digestif dans les antécédents.

Au total : douleur à début brutal et intense, contracture nette et douleur de l'hypocondre droit font porter le diagnostic de perforation d'ulcère, même en l'absence d'un pneumo-péritoine. Mais le fait que 14 heures après le début l'état général soit aussi bon et que la contracture et la douleur restent aussi localisées, contrastant avec l'intégrité des régions abdominales voisines, font penser que la grande cavité a été protégée contre une irruption incessante et renouvelée de liquide gastrique.

Intervention : perforation de la face antérieure de l'antra pylorique couverte par le petit épiploon. Suture, guérison.

2° Ces deux cas sont encore trop nets, et dans l'un l'immobilité abdominale, dans l'autre la contracture de bois épigastrique, ne permettaient pas de doute sur la nécessité de l'intervention d'urgence.

Il n'en est pas toujours ainsi, et voici maintenant des exemples d'*accalmie vraie où l'intervention sera basée sur des signes beaucoup plus nuancés.*

OBS. (HARTGLASS, de Meaux). — B... Auguste, 37 ans, cheminot de la Compagnie de l'Est, est soigné depuis plusieurs années pour brûlures d'estomac. Le 5 mai 1931 au matin, alors qu'il souffrait plus violemment depuis une huitaine de jours, il est pris d'une douleur particulièrement vive. Il va voir son médecin qui pense à une crise habituelle. De retour en gare de Meaux, il tombe sur le quai, terrassé par une douleur d'une violence inouïe, qu'il compare à un coup de poignard.

A l'arrivée à l'hôpital, contracture généralisée de tout l'abdomen, ventre de bois. Douleur généralisée mais plus vive à droite dans la région vésiculaire. Respiration costale supérieure, pas de disparition de la matité hépatique, température normale, pouls normal un peu ralenti. L'interne fait le diagnostic d'ulcère perforé duodéno-pylorique.

Mais le malade est vu quatre heures plus tard par le Dr HARTGLASS. C'est alors que la contracture a presque complètement disparu. Le ventre respire très bien. Le malade ne garde qu'une légère sensibilité de l'abdomen. Toutefois la palpation révèle une douleur assez intense dans la région duodéno-pyloro-vésiculaire et dans le creux épigastrique. Température 38°4, pouls normal un peu ralenti.

Le Dr HARTGLASS accepte le diagnostic de perforation étant donné l'examen de l'interne quatre heures auparavant, mais pense qu'elle est aveuglée et décide d'attendre.

Le lendemain, 6 mai, la contracture diminue encore. Il ne reste qu'un peu de sensibilité dans la région duodéno-vésiculaire.

7 mai, intervention. On trouve quelques traînées purulentes sur la première portion du duodénum, et une vésicule complètement accolée à cette portion. Sans y toucher on fait une gastro-entérostomie. Guérison.

OBS. (HARTGLASS). — M. F..., 50 ans, soigné depuis quatre ans pour ulcère gastro-duodéal connu (crises méloena-hématémèses) mais ayant toujours refusé l'opération. Sortant le 10 juin à 17 heures de la mairie de Nanteuil-les-Meaux, il est pris soudain d'une douleur atroce dans le flanc gauche qui le terrasse et le fait se rouler par terre sur la place de la mairie devant un cercle d'assistants affolés. Une voisine compatissante l'emmène chez elle, le couche dans son propre lit et appelle en toute hâte le Dr L...

Pendant ce temps le malade a un vomissement alimentaire. Sa douleur d'abord localisée à gauche s'étend vers la région ombilicale et dans la fosse iliaque droite. Elle se généralise dans la moitié inférieure du ventre, mais ne remonte à aucun moment vers la région épigastrique.

Le Dr L... arrive et se basant sur les antécédents d'ulcère, un ventre de bois, la douleur atroce en coup de poignard, malgré sa localisation dans la fosse iliaque droite à la palpation, avec une température à 37°7 et un pouls à 80, fait le diagnostic de perforation d'ulcère, puis pratique une injection d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine, et enfin téléphone au Dr HARTGLASS. Celui-ci arrive à 9 heures du soir. Changement complet du tableau. Le malade est toujours dans le lit de son hôtesse d'occasion mais assis, souriant et bavard, confus de son aventure et s'excusant d'avoir ainsi mobilisé tout le monde. Aucune douleur, juste un endolorissement de la fosse iliaque droite.

Le Dr L... se reproche l'appel du chirurgien et aussi son injection d'atropine. Mais le Dr HARTGLASS qui garde encore le souvenir de l'observation précédente, pense à une perforation ouverte, ordonne la diète absolue et le transport du malade à l'hôpital de Meaux le lendemain matin « même si le calme persiste », insiste-t-il. Température 37°8, pouls 98.

Jeudi 11 juin. Toujours souriant et se moquant de tant de précautions, le malade arrive à l'hôpital euphorique, ayant passé une nuit excellente et ne souffrant plus. Température 37°6, pouls 90. Mais le Dr HARTGLASS trouve la douleur iliaque droite plus accentuée que la veille et il envisage même la possibilité d'une appendicite. Mais il persiste toujours le même phénomène qui existait déjà la veille : la contracture des grands droits dans la région épigastrique. Cependant la palpation n'éveille aucune douleur nette dans cette région. Le soir, température 37°8, pouls 90. On décide d'intervenir le lendemain matin 12 juin et de commencer par une incision de Mac Burney.

En résumé, tous les signes cliniques depuis le début de cette accalmie se traduisent par : douleur dans la fosse iliaque droite, contracture dans la région épigastrique, légère élévation thermique, avec pouls à 90.

Intervention : incision d'appendicectomie, appendice un peu turrescent et cæcum très vascularisé. Appendicectomie. Mais l'esprit n'étant pas satisfait, on décide faire une médiane sus-ombilicale, avec l'idée d'en profiter de toute façon pour faire une gastro-entérostomie en raison du passé ulcéreux. En soulevant le foie, on trouve sur la face antérieure de la région pylorique un peu de pus et des fausses membranes ; il y a donc bien eu perforation. Gastro-entérostomie. Guérison.

Dans certains cas on peut avoir des formes en trois temps, comme chez ce malade :

OBS. — M. D..., 57 ans, jardinier. Antécédents gastriques nets depuis un an évoluant par poussées. Est pris trois heures après son repas de midi d'une douleur violente qui l'oblige à s'étendre par terre. Mais le médecin mandé aussitôt ne vient que quelques heures plus tard. A ce moment se sent beaucoup mieux, ne vomit pas bon état général, légère contracture sus-ombilicale et peu de douleur. Température 37°1, pouls 72. Le médecin pense à une nouvelle crise douloureuse d'ulcère et prescrit repos et diète.

Dans les jours suivants tous les symptômes disparaissent et le malade commence à se lever.

Neuf jours après, s'occupant pour se distraire à réparer une porte de sa maison, il est à nouveau terrassé à 16 h. 30 par une crise douloureuse semblable à la précédente. Le médecin l'envoie de suite à l'hôpital. Il y arrive à 19 heures. On est alors en présence d'un malade calme qui raconte avec beaucoup de précision toute l'histoire de la maladie. Pouls 80, bien frappé, température 37°6, le ventre respire, pas de ballonnement. Le malade précise, comme siège de la douleur, le carrefour vésiculo-duodéno-pylorique, mais elle est très atténuée et n'existe qu'à la palpation profonde. Contracture légère plus accentuée dans l'étage supérieur de l'abdomen. Matité hépatique normale, pas de matité dans les flancs. Intervention d'urgence. Pas de liquide libre dans le ventre, perforation de la taille d'une lentille sur le versant duodénal du pylore, obturée par des adhérences lâches, des fausses membranes et le lobe carré du foie. Enfouissement. Gastro-entérostomie. Guérison.

Ainsi, dans ces formes, après un début brutal, on assiste à une période de rémission fonctionnelle et générale. Mais gardons-nous d'escompter une guérison spontanée. *Quelle étanchéité, quelle durée espérer de ce couvercle* (foie, vésicule, épiploon) ? Écoutons ce que FINSTERER en a parfaitement dit :

« Lorsqu'après une crise nette, suivie d'une amélioration rapide et frappante on trouve des signes de réaction péritonéale dans l'étage supérieur du ventre, on doit faire le diagnostic de perforation couverte et sans retard opérer. »

Et pour souligner encore la méfiance qu'il faut avoir dans cet apaisement des symptômes, lisons cette observation très démonstrative du professeur LENORMANT :

OBS. (LENORMANT). — G..., adjudant, 33 ans. Entré le 14 août 1933 à l'Hôpital de BELLAY. Depuis quelques mois, ce malade se plaignait de

douleurs épigastriques à jeun, à 10 heures et à 17 heures, calmées par les aliments, améliorées par le régime, mais ayant reparu depuis quelques jours. Le 14 août à 16 h. 30, il est pris d'une douleur brusque très violente. Il rentre chez lui à bicyclette puis se couche. Nausées, pas de vomissement, la douleur augmente et se diffuse. Il est vu dans la voiture d'ambulance à 21 heures. Le malade se plaint continuellement : contracture abdominale de bois très marquée, généralisée, avec maximum sus-ombilical. Pouls bien frappé. Vomit pendant le transport (14 km.). N'est pas opéré le soir même (?)

Le 15 au matin, grande amélioration apparente. *A dormi, ne souffre plus.* Respiration ample et facile, *bon pouls, température 38°.* Langue humide, *bon faciès.* *Aucune contracture.* Mais la pression est un peu douloureuse dans les fosses iliaques, surtout à droite et plus encore à l'épigastre et à l'hypocondre droit. Il existe une *sonorité hépatique très nette.*

Opération le 15 août à 9 h. 30 (LENORMANT), soit à la 17^e heure. Médiante sus-ombilicale, le péritoine renferme des gaz sous pression et pas de liquide. Estomac distendu en ballon qui s'extériorise immédiatement. Estomac et intestin très légèrement congestionnés sans aspect inflammatoire net, sauf quelques petits placards fibrineux, sur la face antérieure de la région pylorique. On ne voit pas d'abord la perforation, mais au centre d'un placard fibrineux, près de la petite courbure, on aperçoit un point grisâtre. La pression y fait sourdre quelques bulles de gaz. La perforation semble faite d'un coup d'épingle. La paroi stomacale est un peu épaisse et cartonnée. Fermeture de cette perforation assez difficilement accessible, par une bourse de fils de lin. Epiploo-plastie. Guérison.

M. LENORMANT affirme que, s'il n'avait pas examiné ce malade lui-même la veille au soir, il ne l'eût pas opéré, le trouvant ainsi pour la première fois le lendemain matin. Et cependant, la perforation, sans doute momentanément obturée par le couvercle hépatique et quelques fausses membranes, laissait sourdre au moment de l'intervention des bulles de gaz. Notons en passant qu'il n'y avait pas de liquide. Cette notion sera un argument de plus en faveur de l'origine pariétale de la contracture, lorsque nous étudierons la pathogénie de son apparition et de son effacement.

Bref, *diminution de la respiration abdominale, contracture, pneumopéritoine* : on devra s'attacher avec le plus grand soin à rechercher ces signes et en apprécier toutes les nuances les plus subtiles. C'est le moment d'agir, dans quelques heures il sera peut-être trop tard.

FORMES DITES FRUSTES OU ATTÉNUÉES

Dans certains cas, la discrétion des signes, lorsque l'examen est pratiqué de façon un peu tardive, explique que ces formes frustes de perforation puissent être facilement méconnues.

Un grand nombre de ces perforations, à moins qu'elles ne soient vues tout au début, ne sont pas diagnostiquées. Les malades sont considérés comme atteints d'ulcère pénétrant, de pleurésie diaphragmatique, de cholécystite, de crise tabétique, de gastrique, de colite, de pyélite, et sont par suite traités comme tels.

Lorsque l'attention est en éveil, lorsque les observateurs ont appris à suspecter ces perforations, derrière un minimum de signes cliniques et une accalmie apparente, leur diagnostic est alors fait avec une fréquence bien plus grande.

C'est dans cette forme que l'examen radiologique prend toute sa valeur, alors que la percussion peut être infidèle (GIBSON).

SINGER et VAUGHAN ont exposé leurs recherches concernant les cas où ils ont trouvé des gaz dans le péritoine sans signes cliniques de péritonite : ce qu'ils appellent la « forme fruste » de l'ulcère perforé.

Leurs résultats paraissent tellement surprenants, que leur texte mérite une transcription intégrale :

« Dans le but de nous rendre compte de la fréquence de cette forme fruste, nous avons examiné le plus grand nombre possible de malades du Cook-Country-Hospital pendant les mois de janvier, février et mars 1930. Certainement quelques cas nous ont échappé, mais cependant, nous avons pu réunir 14 cas de cette forme fruste... Notre statistique semble établir que ces cas sont plus fréquents que la forme classique. »

Sans attribuer à ces chiffres plus d'importance qu'il ne faut et

sans aller jusqu'à défendre la plus grande fréquence de ces formes, il est certain qu'il y aurait intérêt à revoir sous écran tout ulcéreux gastro-duodéal qui présente des phénomènes douloureux inhabituels. Sans doute, du fait d'une couverture voisine, ces ulcères perforés avec peu de fracas n'évoluent pas toujours vers la péritonite. On sait la relative fréquence des ulcères dits « perforés bouchés », constatés radiographiquement et à l'intervention ultérieure. Mais on sait aussi la fragilité de cette couverture, et combien cet endiguement du processus péritonéal est précaire et aléatoire.

L'observation suivante montre bien la nécessité de l'examen radiologique qui, dans le cas particulier, eût sans doute grandement éclairé le diagnostic et évité une temporisation.

OBS. (COULOMBIER, de Lille). — Le 2 décembre 1934, à 18 heures, L. T..., 20 ans, est pris de malaises. A 19 heures le Dr COULOMBIER le trouve au lit souffrant d'une barre en travers du ventre qui lui est survenue tout à coup. Excellent faciès, pouls normal, aucune nausée, l'abdomen respire, tout l'étage inférieur est souple, en particulier la région appendiculaire. L'étage sus-ombilical est un peu moins souple, mais sans contracture vraie, avec un point douloureux un peu au-dessus et à droite de l'ombilic. Devant la pauvreté des symptômes, on décide d'attendre.

Nuit très calme. Revu le lendemain matin, le malade conserve toujours une douleur dans l'étage supérieur de l'abdomen, pouls 80, température 38° mais, sur la constatation d'une contracture nette sus-ombilicale, le malade est conduit à l'hôpital où le chirurgien n'arrive qu'à 16 heures. A ce moment, les douleurs ont totalement disparu. On opère cependant (23 heures après le début), on trouve alors quelques cuillerées de liquide louche avec une perforation lenticulaire sur la petite courbure, au milieu de fausses membranes et sur laquelle le foie forme clapet. Guérison.

**FORMES FRUSTES ET ATTÉNUÉES
DES PERFORATIONS D'ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX
PAR ERREUR DE TRAITEMENT : LA MORPHINE**

Nous avons déjà dit, à propos de l'appendicite, les dangers de l'administration inconsidérée de morphine. Bien des malades sont morts par suite de cette détestable pratique. Elle est basée sur une erreur de diagnostic au début et sur la méconnaissance de la valeur de la contracture.

DIEULAFOY déjà, dans une clinique de l'Hôtel-Dieu, en 1897, nous montre les hésitations d'un diagnostic de ce genre et comment un malade succomba à une thérapeutique trop longtemps calmante.

OBS. (DIEULAFOY). — « Le 18 janvier 1897, à 5 heures du soir, on portait sur un brancard salle Saint-Christophe un homme de 40 ans, Gardien de la Paix. Malgré les précautions prises depuis l'instant où il fut descendu de la voiture d'ambulance jusqu'au moment où il fut couché, cet homme ne cessa de pousser des cris plaintifs et de vomir. Chaque secousse imprimée au brancard, chaque mouvement, éveillait ou réveillait des douleurs de ventre les plus vives. Ce pauvre homme était couché depuis 1/4 d'heure, quand arriva mon chef de Clinique M. CHARRIER. Le diagnostic de péritonite aiguë ne fut pas long à faire. Etendu sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le ventre, le malade, les traits tirés, le faciès grippé, les yeux excavés, était en proie à une anxiété profonde. Il avait du hoquet et des vomissements porracés. Sa respiration saccadée, incomplète, interrompue par la douleur rappelait l'angoisse dyspnéique diaphragmatique. Le ventre était très météorisé, la palpation et la percussion faites avec la plus grande douceur étaient péniblement supportées. Il suffisait de poser la main sur le ventre

pour susciter les plus grandes douleurs. L'abdomen était partout sonore excepté à l'hypogastre et aux flancs.

Toujours bien portant jusqu'au 16 janvier, cet homme dont les fonctions digestives étaient irréprochables, et qui avait toujours fait son service sans un jour de maladie, fut pris brusquement à 5 heures du soir, devant le poste de police du 2^e arrondissement, d'une douleur tellement atroce, qu'il la comparait à un coup de poignard. Il en fut terrassé sur place, se tordait de douleur dans le poste, et poussait des hurlements qu'on entendait de la rue.

Le Dr BEAUSSE mandé aussitôt pratique une piqûre de 2 cgr. de morphine, ce qui amène un soulagement et permet de porter le malade à son domicile. L'examen devint alors possible. Le ventre était rétracté, et d'une dureté ligneuse. La palpation était très douloureuse, particulièrement à l'hypocondre droit et à l'épigastre. Une nouvelle injection de morphine et des cataplasmes laudanisés produisirent un calme relatif. Le lendemain matin, le ventre était toujours douloureux et rétracté, mais le malade était plus calme, et la fièvre nulle. Dans la journée il y eut une selle abondante. Le dimanche soir, amélioration : les douleurs ont disparu. Mais le lendemain matin lundi apparaissent des vomissements, les yeux s'excavent, le nez se pince, le ventre se météorise, et c'est ainsi que le malade arrive à l'Hôtel-Dieu, en pleine péritonite aiguë, généralisée.

C'est l'autopsie qui montra un ulcère perforé de la face postérieure du duodénum, à 2 cm. du pylore, que l'intervention de CAZIN, chef de Clinique de DUPLAY ne réussit pas à déceler.

Cette observation de DIEULAFOY à rapprocher de ses cliniques sur l'appendicite pourrait se passer de commentaires. Sous l'effet d'une thérapeutique désastreuse, tout le tableau clinique est modifié. Indépendamment de la douleur, ce merveilleux signe de la contracture abdominale peut disparaître. Le malade est calme, mais sous ce calme trompeur évolue, sans qu'on n'ait plus aucun point de repère, la pire des péritonites. Ces lamentables erreurs méritent d'être signalées et dénoncées, elles sont impardonnables quand le tableau clinique a été aussi net au début.

Mais allons-nous, parce que la clinique est ainsi troublée, nous laisser aller à l'incertitude et attendre encore ? Il nous reste heureusement un examen à pratiquer qui, lui, ne mentira pas, *la*

recherche du pneumopéritoine clinique et radiologique. Voici une observation personnelle, où nous avons pu faire le diagnostic de perforation d'ulcère chez un malade soumis depuis trois jours à la morphine. Il succomba à sa péritonite aiguë généralisée, mais elle datait de l'avant-veille.

Obs. (personnelle). — Au cours d'un remplacement de Chirurgien en province, on nous amena à l'hôpital de X... un homme de 35 ans, Tchecoslovaque, ne comprenant pas un mot de français, souffrant du ventre et vomissant un liquide verdâtre. Nous apprîmes que trois jours auparavant, ayant labouré toute la journée, cet homme était rentré le soir à la ferme plié en deux, se plaignant beaucoup de son ventre. Le médecin demandé, sans doute impressionné par l'histoire du labourage, fit le diagnostic de courbature musculaire et pratiqua une injection de morphine. La nuit sembla lui donner raison, car elle fut calme. Les douleurs reprenant le lendemain, nouvelle administration de morphine, renouvelée encore une heure avant que l'on m'amènât le malade en auto. On est en présence d'un sujet assez abattu, calme, montrant de la main tout son ventre, celui-ci est souple et uniformément douloureux. La recherche précise de la douleur est impossible, peut-être détermine-t-on une grimace plus accentuée dans la région appendiculaire, ce qui fait un instant penser à l'appendicite. Le ventre est à peine ballonné et nulle part on ne perçoit de contracture musculaire vraie. A peine la moitié supérieure du grand droit est-elle un peu plus résistante sous la main. Par ailleurs le faciès est fatigué, mais non péritonéal. Un seul signe était à retenir chez ce malade, et nous y insistons : la sonorité pré-hépatique. Malheureusement, le radiologue n'étant pas là, et personne ne connaissant le maniement de l'ampoule de rayons X, nous n'avons pas fait de radioscopie. Nous eussions sûrement constaté un croissant clair pré et sus-hépatique. L'intervention décidée sur-le-champ montra une péritonite généralisée, et un ulcère de la petite courbure perforé et à demi-bouché par une fausse membrane le réunissant à la face inférieure du foie.

Cette observation doit servir de leçon. Il est indispensable que tout chirurgien soit capable de manœuvrer lui-même à tous moments un appareil de rayons X.

Le pneumopéritoine est un signe qui doit maintenant être courant et pouvoir se rechercher aussi facilement que la contracture.

FORMES LATENTES ET AMBULATOIRES

Formes avec fausse accalmie, perforations couvertes, formes atténuées, formes masquées par la morphine, viennent d'être passées en revue. Il nous faut ajouter à cette liste des formes exceptionnelles, mais réelles, absolument latentes, on pourrait dire ambulatoires.

GRÉGOIRE en donne un exemple avec gaz et liquide libres dans le péritoine, sans signes cliniques de péritonite, dans une communication à la Société de Chirurgie le 12 février 1930.

OBS. (GRÉGOIRE). — M. H..., 35 ans, est envoyée dans mon service pour crise douloureuse épigastrique avec hématomésès. A l'entrée (12 décembre 1929) malade pâle, fatiguée, température 37°4, pouls 80. Elle n'accuse que des douleurs vagues, sans crise paroxystique, le ventre est souple, non douloureux, plus sensible au creux épigastrique.

13 décembre 1929, même tableau, mais le soir, après avoir bu un verre d'eau, elle accuse quelques douleurs épigastriques irradiant dans tout l'abdomen, elle ne vomit pas, mais passe une mauvaise nuit.

14 décembre : Douleur assez vive au creux épigastrique, ne vomit pas, ventre souple, température 37°7, pouls 80. Va à pied à la radio, mais supporte mal l'ingestion de baryte qui détermine des douleurs vives.

L'examen aux rayons en dehors d'une image d'ulcus duodénal révèle la présence d'air dans le péritoine. Une couche importante de gaz sépare le foie du dôme diaphragmatique. On prévient le Prof. GRÉGOIRE qui termine une opération et vient à la radio. On fait remettre la malade derrière l'écran, ce qu'elle fait seule et sans aide. On voit alors une goutte de baryte sortir de l'estomac et couler dans le péritoine. L'examen clinique montre alors un ventre dur dans sa moitié sus-ombilicale et qui respire mal. Il existe une sonorité pré-hépatique et de la matité déclive dans les flancs.

Intervention une demi-heure plus tard. On trouve un liquide péritonéal abondant et trouble mêlé de bulles d'air. La baryte plus dense s'est cantonnée autour du duodénum ; celui-ci présente une perforation sur la face antérieure de sa première portion.

La teinte et la grande quantité du liquide péritonéal ne répondaient en rien à ce que le malade venait d'avalier. L'estomac d'ailleurs était encore plein de bouillie barytée. La perforation ne venait donc pas de se produire quand on constata la présence de gaz péritonéaux.

Sans entrer dans la discussion que soulève cette observation, pour savoir si la douleur de l'ulcère perforé n'est que la première manifestation de la péritonite (GRÉGOIRE) ou si elle est simultanée à la perforation (MONDOR), nous retiendrons le cas. Il est à rapprocher des formes frustes, précédemment décrites. Ce n'est qu'une question de degré. Là encore nous constaterons le rôle capital de la radio. Remarquons que cette femme, soignée pour ulcère, avait souffert la veille. Aussi nous rappellerons à son sujet la *nécessité d'examiner aux rayons tout ulcéreux connu qui présente une nouvelle crise douloureuse.*

AUTRES EXEMPLES D'ACCALMIE TRAITRESSE DANS LES PÉRITONITES

Si l'appendicite aiguë et la perforation d'ulcère gastroduodénal sont les affections péritonéales où se rencontrent avec le plus de fréquence ces états trompeurs, il ne faudrait pas en conclure que l'accalmie traîtresse leur appartient en propre. Sphacèle, couverture épiploïque, endiguement péritonéal peuvent se retrouver dans bien d'autres affections.

LES PÉRITONITES BILIAIRES.

On sait que les formes en deux temps ne sont pas exceptionnelles. Là encore le sphacèle est la cause de l'apaisement momentané des symptômes.

OBS. (LEGRAND, de Rouen). — M..., 23 ans, pompier. Typhoïde cinq ans auparavant. Après une période de dix jours de douleurs vagues épigastriques, avec vomissements alimentaires, est pris le 3 décembre 1923 à 20 heures, d'une douleur épigastrique et sous-hépatique avec vomissements incessants. Le lendemain matin, atténuation très marquée de la douleur, bon faciès. Le soir, un ventre dur, contracté, ne respirant pas, un pouls rapide et une température à 38°5, une douleur maximum dans la fosse iliaque droite, font décider l'intervention. Incision de JALAGUIER qu'on agrandit, car l'appendice est sain. Il s'écoule un liquide bilieux. On trouve une vésicule gangrénée, sans perforation macroscopique. Cholécystectomie. Guérison.

Nous signalerons aussi la possibilité de péritonite biliaire par perforation sournoise. Elle s'explique par la septicité modérée de la bile chez de vieux lithiasiques. Le danger de temporisation est redoutable, le malade finissant par dépérir et mourir.

LES PERFORATIONS COLIQUES.

OBS. (SOUPAULT). — Ch... Esther, 22 ans : Amenée à Tenon le 7 novembre à 23 heures pour accidents abdominaux aigus. C'est une constipée habituelle qui, quatre jours auparavant, fut prise de fatigue et de courbature. N'ayant pas été à la selle depuis quatre jours, elle s'administre un lavement qui amène quelques matières.

Le lendemain 4 novembre, points douloureux brusques et violents dans la fosse iliaque droite, vomissements, température 40°.

Mercredi 5 novembre. Cessation des douleurs et des vomissements, bien-être général.

Jeudi 6 novembre, même état, température 37°4, mais selle diarrhéique.

Vendredi 5 novembre, à six heures, purgation, à neuf heures, crise très violente généralisée, vomissements abondants, état syncopal.

Examen : hyperesthésie de la paroi, défense musculaire généralisée, avec maximum à droite, pouls 140, nausées, yeux excavés, nez froid, arrêt complet des matières et des gaz. On porte le diagnostic d'appendicite aiguë ayant présenté une rémission puis perforée par la purgation. Intervention. Incision de Roux. Liquide fécal dans le ventre. Perforation de la taille d'un petit pois. Sur le bord antéro-interne du côlon ascendant, à 10 cm. au-dessus du fond du cæcum. Pourtour légèrement œdématié, bords à l'emporte-pièce. Appendice libre et sain. Appendicectomie. Suture de la perforation, drainage. Guérison.

Cette observation rare d'ulcère simple du côlon est intéressante par le tableau d'accalmie traîtresse tout à fait comparable à celui de l'appendicite. Il est difficile de dire ici pourquoi cette malade présenta une telle rémission. S'est-il produit une disparition des douleurs du fait d'un travail de nécrose de la paroi colique ? Cette petite perforation fut-elle momentanément obturée ? Peu importe, ce qu'il faut retenir ici encore, c'est le rôle néfaste d'une thérapeutique inopportune, en l'occasion la purgation.

Nous pourrions rapporter aussi une observation de LARDENNOIS où la même erreur amena une perforation spontanée du cæcum chez un constipé habituel après l'amélioration de quelques jours d'un syndrome abdominal vague.

Dans un autre cas de GRÉGOIRE c'est un lavement qui déclanche la perforation d'un ulcère du côlon pelvien et la péritonite après quelques jours de malaises initiaux.

LES PERFORATIONS TYPHIQUES.

OBS. (CADENAT). — M^{lle} L. M... 20 ans, externe des Hôpitaux, était au 12^e jour d'une typhoïde le 27 mars 1924, quant à 8 heures, elle fut prise d'une douleur abdominale très vive, généralisée, augmentant au moindre mouvement, tandis que la température de 40° descendait à 37°2, et que le pouls s'élevait à 120. Pendant 3/4 d'heure cette douleur est aussi violente, puis elle se calme. A 11 heures, la température est remontée à 39°2, pouls 120. Jusqu'à 19 heures, la malade restera dans le calme avec une prostration assez marquée, température 39°5, pouls 120. A 19 heures, reprise des douleurs, avec un vomissement bilieux, le ventre est légèrement météorisé mais respire. La paroi se défend mais se laisse palper. Il est à noter que la matité hépatique a disparu. Intervention d'urgence. Perforation iléale. Guérison après de multiples incidents.

« L'indication opératoire, dit M. CADENAT, fut nettement posée par les signes cliniques. Une rémission de plusieurs heures, fit retarder l'intervention. On peut se demander si, en pareil cas une incision exploratrice immédiate faite à l'anesthésie locale ne serait pas indiquée. Ses risques, même si la laparotomie est inutile, ne sont pas à mettre en balance avec les dangers de la temporisation. La statistique actuelle qui compte 33 % de guérison doit être améliorée.

On n'observe pas toujours aussi nettement que dans l'observation de notre jeune camarade, la douleur violente, le vomissement et la chute de la température qui témoignent de la perforation. Il est des cas où le clinicien devra interpréter telle suppression de la diarrhée typhique, telle miction douloureuse, telle accélération du pouls. Les signes abdominaux seront souvent discrets : contracture à peine marquée, matité hépatique conservée, absence de réaction à la pression du Douglas par le toucher vaginal ou rectal. Et cependant, même dans ces cas, si le moindre doute de perforation persiste, la laparotomie exploratrice devient le vrai moyen de trancher la question. L'examen

radioscopique ne sera de mise qu'à la condition qu'il soit sans transport dangereux pour le malade. Quant à l'hyperleucocytose, si elle ajoute par sa présence un argument de plus, son absence ne doit pas faire ajourner l'intervention. Certains auraient même observé une exagération de la leucopénie typhique.

III

L'accalmie traîtresse dans les occlusions.

« Si nous exigeons, dit MONDOR, pour faire le diagnostic d'une occlusion, le carré de tradition : douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz, ballonnement, nous retarderions trop souvent et trop longtemps ce diagnostic. »

Tout comme dans les péritonites, il faut nous attendre, à ces évolutions faussement rassurantes, risquant de faire remettre à plus tard une décision opératoire, qui cependant s'impose immédiate. Cessation des douleurs, euphorie d'un malade qui ne vomit plus, qui a présenté une débâcle de matières et de gaz, et dont le ventre s'affaisse, tels sont les pièges encore relativement fréquents, que nous allons essayer de rappeler. Reprenons la vieille division des occlusions en *iléus par obstruction* et *iléus par strangulation*. Elle nous sera particulièrement utile ici, et va nous permettre d'envisager deux ordres de faits, dans la question qui nous occupe.

Dans le premier, il s'agit d'un obstacle au transit intestinal. La complication, c'est la *rétenction toxique au-dessus* de l'obstruction, et la *résorption des poisons* ainsi retenus. Que le spasme, presque toujours surajouté à l'obstacle se relâche momentanément, nous pourrions avoir une impression de sédation et croire notre malade hors de danger. Mais il n'en est rien, ces accalmies, ces rémissions sont trompeuses et dangereuses. « Tant que la fonction normale n'est pas entièrement restaurée, que le météorisme n'est pas complètement tombé, que la circulation n'est pas libre, tout à fait libre, et le péristaltisme rétabli, la résorption toxique se poursuit et l'empoisonnement progresse (LEJARS). »

Dans le *deuxième ordre de faits*, à l'obstacle au cours des matières s'ajoute un élément qui prime, c'est l'*ischémie de l'anse volvulée ou étranglée*. Celle-ci est dangereusement compromise dans sa vitalité et ce sera justement au moment où la douleur s'apaisera, où la hernie s'affaîssera, que le *sphacèle intestinal* préparera la plus grave des péritonites.

Ceci étant dit, nous sommes loin d'avoir l'intention de passer en revue toutes les causes d'occlusion et de décrire des accalmies pour chacune. Nous pourrions certes en trouver des observations, mais nous ne répondrions pas au but de cet ouvrage, car là encore les accalmies vraiment traîtresses sont rares et nous risquerions d'appeler ainsi bien des légèretés d'examen ou des optimismes trop faciles, ou encore de dénommer accalmie ce qui n'est qu'euphorie macabre, ou asystolie d'un intestin vaincu par l'effort. Ce que nous voulons décrire, ce n'est pas le cancer du côlon auquel on se disposait à faire un anus d'urgence et qui présente une débâcle de gaz, ce n'est pas la bride de l'ancien laparotomisé dont l'occlusion cesse brusquement, mais qu'il faudra quand même opérer prochainement sous peine de nouvelles alarmes, ou le calme momentané entre deux poussées du nourrisson atteint d'invagination intestinale, ni la grosse hernie ombilicale irréductible et par moments subocclusive, ni l'occlusion mixte de la pelvipéritonite, ou de l'abcès appendiculaire. Nous décrirons des affections où l'accalmie est vraiment traîtresse, et qui sont intéressantes par leur allure trompeuse. Elles ne sont pas nombreuses, elles sont même rares.

Ce sont pour les obstructions, l'*iléus biliaire*, pour les strictions les *volvulus* et les *étranglements herniaires*.

LES ACCALMIES ET CAUSES DE TEMPORISATION DANS L'ILÉUS BILIAIRE

Les occlusions intestinales aiguës ou subaiguës provoquées par la migration et l'arrêt d'un volumineux calcul biliaire dans l'intestin sont relativement rares. Nous allons cependant nous y arrêter un peu, car elles sont intéressantes du fait de leur évolution particulière. Elles sont en effet la plupart du temps *discontinues, entrecoupées de débâcles et de rémissions pouvant faire errer le diagnostic et retarder une intervention* qui n'avait de chance d'être efficace que très précocement, dès les premières alarmes.

Voici deux observations qui montrent bien ce danger de quiétude morale et de temporisation si préjudiciables aux malades

OBS. (personnelle). — Malade de 60 ans, soignée depuis deux ans pour lithiase biliaire.

A déjà fait deux crises de coliques hépatiques nettement caractérisées (crises avec irradiations scapulaires durant deux et trois jours). La dernière crise remonte à un mois. Depuis un mois la malade est au régime ; elle a des douleurs trois heures après ses repas dans la région épigastrique. Elle accuse surtout une lassitude générale intense. Les fonctions intestinales sont normales.

Mercredi 14 décembre 1932. — La malade est prise brusquement, après le repas de midi, de douleurs en tous points semblables à celles des crises précédentes, si bien que le médecin appelé diagnostique une nouvelle colique hépatique.

Jeudi et vendredi, la douleur s'apaise. Samedi 17 décembre 1932, le matin elle reprend, c'est une douleur paroxystique, survenant toutes les cinq à dix minutes durant quelques instants, siégeant autour de l'ombilic et dans le flanc (« sensation de quelque chose qui se tord », dit la malade). Puis brusquement la douleur cesse avec un gros borborrygne.

La malade vomit (vomissements verdâtres très abondants et répétés). Un lavement ramène une selle diarrhéique (elle n'avait pas été à la selle depuis mercredi).

Enfin la malade n'a pas émis un gaz depuis vingt-quatre heures.

Le 17 décembre 1932 elle entre à la Pitié, service du Dr CHEVRIER, à 20 h. 30. A l'examen : femme de 60 ans très grosse, semblant calme, ne souffrant pas de façon apparente. Bon faciès. Pas de cyanose ; pas de refroidissement.

Pouls 90 bien frappé. Température 38°4, le ventre très adipeux respire. Il est souple. On réveille une légère douleur péri-ombilicale droite.

Pas de tympanisme. Pas de ballonnement.

TV = Néant TR = Néant.

C'est alors qu'au cours de l'examen on assiste à une douleur. Elle est manifestement très aiguë, car la malade change de faciès, et indique exactement un point à deux travers de doigt à droite de l'ombilic

On ne voit là aucun durcissement, aucune onde péristaltique.

La douleur dure une minute, puis elle cesse avec un bruit de glou-glou nettement perçu.

Quelques minutes après nouvelle douleur identique.

Le chirurgien de garde prévenu par téléphone fait faire une injection de 1/4 de milligr. de sulfate d'atropine.

Un quart d'heure après la malade émet un-demi bassin de selles diarrhéiques. Elle se sent soulagée, dit-elle ; on surseoit à l'intervention.

Dimanche 18. — La malade va très bien. Elle a encore eu une selle diarrhéique le matin. Ne vomit pas, ventre normal, bon faciès, mais toujours 38° et pas de gaz. Bon pouls 80.

Lundi 19. — Matin. La malade a rendu dans la nuit deux cuvettes de vomissements fécaloïdes. N'a pas eu de selle ; pas de gaz.

Pouls 85, température 38°1. Faciès un peu altéré, ventre absolument normal.

Recommence à souffrir comme samedi. L'opération est décidée à 11 heures. Intervention (LEROY).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses grêles apparaissent non dilatées, plutôt même diminuées de calibre. En plongeant la main dans la fosse iliaque droite, on sent une masse dure qu'on ramène. C'est une anse grêle violacée, couleur lie de vin distendue par un corps étranger ovoïde, dur, du volume d'un œuf de poule.

Cette anse grêle est accolée par des adhérences récentes, qu'on libère, à une anse voisine. Cette séparation montre sur l'anse intéressée, un

point de sphacèle gros comme une tête d'épingle. L'anse est extériorisée et isolée sur des champs. On incise longitudinalement sur 5 centimètres et on accouche un calcul biliaire gros comme un œuf de poule, plus exactement en forme d'obus avec une facette plane.

Suture de l'incision par trois plans de sujets. Paroi en un plan. Mort au bout de 48 heures.

OBS. BELETRE (Service du Dr LABEY). — M. J..., 57 ans. Entre dans le service le mercredi 10 août 1933. Il est envoyé par son médecin pour occlusion intestinale. Le début des accidents remonte au samedi. Le malade présente à ce moment un vomissement, aucune douleur, pas de colique. Les seules douleurs qui marqueront l'évolution de cette affection, précise le malade, seront celles qui accompagneront les vomissements, siégeant au creux épigastrique, débutant et se terminant avec eux. Les vomissements peu abondants se reproduisent durant les trois jours qui suivent le début des accidents. Pendant cette période, pas de selles, mais quelques gaz.

Le mercredi matin le médecin administre un grand lavement qui reste sans résultat et le malade est amené d'urgence vers 17 heures. Au moment de son arrivée, débâcle diarrhéique extrêmement abondante qui rassure l'interne de garde et fait différer l'intervention. Le jeudi matin à 9 heures, on se trouve en présence d'un sujet assez amaigri. Température normale, pouls calme, bien frappé. Depuis la débâcle les vomissements ont cessé ; le sujet n'accuse pas de douleurs et la palpation, même profonde, n'en détermine aucune. L'abdomen n'est pas ballonné, pas d'effacement de la matité hépatique. Le malade précise qu'il aurait rendu un calcul dans ses vomissements, calcul petit dont la discrétion n'autorise pas à affirmer la nature. Néanmoins on s'efforce par l'interrogatoire de préciser les antécédents hépatiques possibles. Ils consistent dans deux crises : l'une au mois d'avril dernier, l'autre un an auparavant. Elles sont essentiellement caractérisées par des vomissements survenant après un état nauséux de courte durée. Mais on ne retrouve pas la crise douloureuse rappelant la colique hépatique ou vésiculaire avec ses irradiations scapulaires et son subictère. En présence de ces symptômes rassurants : disparition des vomissements depuis la veille, débâcle diarrhéique abondante, abdomen non ballonné, bon pouls, on temporise, réservant un examen radiologique complet après une période de repos.

Vers 18 heures, on est appelé auprès du malade dont l'état s'est

brusquement modifié. Faciès anxieux et tiré, un vomissement fécaloïde, pouls rapide petit, extrémités froides, abdomen légèrement ballonné. La palpation ne réveille toujours pas de douleur. On ne note aucune reptation sous-pariétale des anses.

Le caractère capricieux de l'évolution, le vomissement d'un calcul font penser à l'iléus biliaire malgré l'absence absolue d'antécédents nets, malgré l'absence complète de douleur. L'intervention pratiquée d'urgence confirma le diagnostic et permit de retirer un gros calcul arrêté dans l'iléon. Mort en 3 jours.

La forme discontinue, intermittente, de l'iléus biliaire, à laquelle se rattachent nos deux observations, est la forme habituelle. Il est en effet, rare de rencontrer des formes suraiguës (une malade de NAUNYN meurt en 30 heures), rare aussi d'observer une évolution subaiguë se terminant spontanément par la « *ponte* » du calcul (GUILLEMIN-HARTMANN). Les crises intermittentes de l'iléus biliaire ont été signalées par MOSSE en 1885, qui parle de « *crises fréquentes* », par KIRMISSON et ROCHARD. « *Il est des faits dans lesquels la marche n'est pas continue, mais où on voit, après une guérison apparente, les accidents se reproduire. Une des particularités de l'occlusion intestinale par calculs biliaires est de se manifester par crises intermittentes.* » QUÉNU parle de « *série d'occlusions subintrantes* ». TENGWALL a insisté « *sur les oscillations de cette occlusion : un jour grave, apaisée le lendemain, le surlendemain aggravée encore* ». Indépendamment de la période de tolérance relative, parfois assez longue qui peut se voir avant l'installation du syndrome occlusif, il y a donc des périodes où les phénomènes s'amendent et où l'on croit être en présence d'une rémission favorable.

Prenons des exemples : dans notre observation, l'injection d'atropine, prescrite à distance, a pour résultat un plein bassin rassurant de selles diarrhéiques. Le malade de BELETRE, annoncé comme occlus par la lettre de son médecin, débarque de la voiture d'ambulance abondamment souillé de matières profuses. PAVIOT pense à faire intervenir pour sa malade, mais un lavement salé détermine une débâcle de matières et les vomissements cessent pour reprendre le jour suivant. Une malade de HARTMANN est vue par lui pour vomissements fécaloïdes et douleurs.

Il pense à l'opérer ; mais il y a de nouveau expulsion de gaz et de matières.

Nous pourrions multiplier les exemples. Certains auteurs, dont E. QUÉNU, ont voulu tirer de ces formes discontinues un « syndrome de KAREWSKI de l'iléus biliaire » (du nom de celui qui les aurait le premier observées), et ont voulu l'expliquer par des arrêts successifs du transit intestinal, par suite du déplacement du calcul oblitérant, pouvant aller jusqu'à l'expulsion. DARAI-GNEZ en fait des « formes à étages ». C'est peut-être voir les faits d'une façon un peu trop simple, on peut se demander si ces oscillations dans l'évolution ne sont pas dues à des modifications du spasme intestinal sur le calcul, ou quelquefois encore à la migration de plusieurs calculs en chapelet comme BONNECAZE et LE CHAUX en rapportent un cas intéressant.

Quelle que soit l'interprétation que l'on veuille en donner, il y a dans cette évolution des caractères à retenir, *caractères d'occlusion discontinue*, suivant l'heureuse formule de KIRMISSON et ROCHARD. Cette notion est à bien connaître. Elle nous explique en partie l'effroyable gravité de l'iléus biliaire et si certains auteurs sont optimistes (J. QUÉNU 3 guérisons sur 4, WORTMANN 6 sur 7, MOYNIHAN 90 pour 100), c'est parce qu'ils ont dans leurs statistiques des cas favorables, c'est-à-dire opérés tout de suite.

Malgré tout, malgré une intervention simple et banale *le pronostic reste grave* et les résultats sont décevants.

Il s'agit en effet d'abord de *malades âgés*, qui ont le foie atteint de longue date et moins résistant à l'intoxication.

Il s'agit ensuite d'une *occlusion haute* avec vomissements abondants, déshydratant la malade et la déchlorurant (GOSSET-BINET).

Enfin, les *lésions présentées par l'intestin*, d'autant plus importantes qu'elles sont plus anciennes, jouent aussi un rôle dans la gravité de cette occlusion. Les sutures, faites sur des tissus lésés, tiennent mal, et les ulcérations de la muqueuse sont des portes d'entrée pour les liquides effroyablement toxiques, en rétention au-dessus de l'obstacle, et que l'organisme va résorber.

Il importe donc de faire un *diagnostic précoce*, sans se laisser tromper par des apparences de sédation.

Nous sommes en présence d'un tableau d'occlusion avec son

carré classique : douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz, météorisme.

Etudions les particularités de ce syndrome, et voyons si, joints à d'autres éléments, il peut nous conduire au diagnostic.

1^o LA DOULEUR.

Son début est brusque, après un repas. Comparée à des « picotements », « des torsions », tantôt atroce, tantôt atténuée, ses caractères sont en somme assez banaux.

Il semble qu'on puisse attendre davantage de la variabilité du siège de la douleur. Localisée hier à droite, la voici médiane, puis iliaque gauche. Les malades s'en rendent compte et parlent de « boule qui voyage ». CHAUFFARD, qui a observé ce déplacement de la douleur dans un cas suivi d'élimination d'un calcul y voit la preuve du cheminement du calcul franchissant différents obstacles. Il semble qu'il faille plutôt voir, dans ce déplacement des douleurs, le déplacement d'une anse grêle mobile, sensible et alourdie par le corps étranger.

2^o LES VOMISSEMENTS.

Ils sont constants et précoces. Toujours très abondants, ils aboutissent à une déshydratation profonde.

De même que les douleurs, ils peuvent cesser pendant quelques heures ou un ou deux jours, puis reprendre. Ils sont irréguliers.

Dans des cas exceptionnels, on a pu trouver des calculs dans les vomissements. Trois calculs, gros comme une noisette, permirent à LARGET de faire le diagnostic d'iléus biliaire.

3^o ARRÊT DES MATIÈRES ET DES GAZ.

Indépendamment des alternatives d'occlusion absolue et de débâcle, sur lesquelles nous ne reviendrons pas, il est à noter que cet arrêt ne s'est pas constitué d'emblée. Rappelons-nous que c'est une *occlusion haute*, au moins au début, et que le malade met quelque temps à vider le bout inférieur de son intestin. Nous avons encore là une cause possible de diagnostic tardif.

4^o LE MÉTÉORISME.

Il n'est *presque jamais considérable*, ceci sans doute parce que l'arrêt des gaz n'est pas d'emblée absolu, et parce qu'il est sujet à des rémissions.

Sur les observations nous lisons : « le ventre n'est pas ballonné... », « léger ballonnement », ou « peu météorisé... » J. QUÉNU dit que « dans aucun des quatre cas qu'il a observés il n'a trouvé le ballonnement énorme, si fréquent dans les autres occlusions ».

Bien entendu, à ce météorisme léger peuvent s'ajouter des ondes péristaltiques visibles.

Contrastant avec la gravité de ces symptômes, on remarque que *l'état général est peu touché*. Nous voyons donc les difficultés du diagnostic. Il faut penser à l'iléus biliaire devant ce tableau, souvent bâtarde d'occlusion haute du grêle et avoir présente à l'esprit la fréquence des rémissions trompeuses où, sous le couvert d'une débâcle, d'une atténuation des douleurs, et d'un état général encore satisfaisant, se prépare une crise encore plus terrible et une intoxication massive. Pensons-y chez une femme âgée surtout et essayons de bien préciser les douleurs par crises et changeant de siège, les vomissements précoces et abondants, puis irréguliers, l'arrêt variable des matières et des gaz, incomplet au début, non définitif par la suite, le météorisme léger, avec péristaltisme.

Si l'on pense à ce moment à l'iléus biliaire, l'interrogatoire précis et la recherche de certains signes vont prendre une importance capitale et peut-être fixer le diagnostic.

L'interrogatoire comprend deux étapes :

1^o *l'étude des antécédents hépatiques et biliaires ;*

2^o *l'étude des phénomènes qui ont pu précéder la période d'occlusion confirmée.*

Les renseignements très nets sur les antécédents sont peu fréquents.

Il faut savoir s'en passer, mais aussi savoir extirper de la mémoire du malade non pas seulement des crises anciennes de coliques hépatiques, mais aussi le passé digestif avec douleurs tardives, douleurs fugaces avec irradiations vers l'épaule droite,

l'endolorissement de l'hypocondre droit, la diarrhée port-prandiale, les poussées d'ictère fébrile.

Cherchons aussi à préciser l'épisode aigu qui a précédé l'occlusion, crise douloureuse épigastrique violente, syndrome de sténose pyloro-duodénale pendant quelques jours, petites crises de subocclusion, accompagnant les premiers déplacements du calcul avant sa fixation. On peut retrouver des signes plus rares. KORTE signale une hémorragie prémonitoire. DARTIGUES signale l'ictère, que MONDOR retrouve dans six observations. CHUTTON décrit la disparition de la tumeur vésiculaire et CHAUFFARD eut une malade qui, avant son occlusion, « eut une selle formidable et rendit un plein vase de matières ».

Tous ces prodromes sont rares, mais ils sont à connaître, car un diagnostic risque d'être bien vite égaré par eux, si on ne sait pas leur attribuer leur valeur.

Notre diagnostic est fait, ou du moins il est probable. Nous aimerions l'affirmer sur un signe de certitude. Il en est un, pathognomonique pour J. QUÉNU, mais malheureusement bien rare. C'est la *Brusque apparition d'une tumeur dure (le calcul) en un point quelconque de l'abdomen.* Quand elle existe, c'est à son contact que vient finir le péristaltisme et que peut exister au début le météorisme localisé. C'est un signe qui exige la palpation méthodique et complète de tout l'abdomen. Bref, ne comptons pas sur lui.

Le toucher vaginal ou rectal a donné des résultats plus fréquents que le palper.

Le calcul arrêté vers la fin du grêle peut, en effet, être trouvé dans le petit bassin. N'allons pas non plus l'attendre trop pour opérer notre malade.

Comment expliquer alors cette pauvreté si trompeuse des signes physiques ? Lisons, pour terminer, cette observation de MONDOR.

« Je me suis trouvé, écrit-il, en face d'un cas particulièrement difficile. L'examen de la malade n'apportait rien. Les accalmies, les vidanges vraies me trompèrent, plus qu'elles ne me tromperaient maintenant. Je n'ai pas fait le diagnostic, et restai attaché à celui de pancréatite subaiguë. Cependant, inquiet, je demandai une *radiographie*; elle donna une image parfaite de la lésion, faisant voir à la fois l'occlusion, son siège, sa cause. » Il s'agissait de l'iléus biliaire.

Après laparotomie, M. MONDOR avait extrait de l'intestin grêle un calcul biliaire presque aussi gros qu'un œuf. « L'examen était difficile à cause de l'obésité de la malade, mais le ventre était souple, indolore, non tympanique, non météorisé. On provoquait une douleur à droite de l'ombilic par un palper très appuyé... Cette malade était adipeuse, mais sa paroi n'était pas seule responsable de l'obscurité de l'exploration abdominale. Ce que je vis au cours de la laparotomie m'instruisit. Une fois le péritoine ouvert, je m'attendais à devoir lutter contre la sortie immédiate des anses distendues. Je ne vis aucune anse intestinale et pus croire un instant qu'il n'y avait pas d'occlusion. C'est qu'il y avait un énorme écran de graisse, un tablier épiploïque d'une épaisseur et d'un poids peu communs, qui retombait lourdement au-devant de tout l'intestin grêle. Ce n'est qu'après l'avoir relevé qu'apparurent les anses distendues. Il les maintenait cachées à toute exploration clinique et manuelle. »

Cette observation, très démonstrative, nous amène à parler d'une dernière ressource : la radiographie.

DARAIGNEZ et LEBEAU (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1925) affirment que les calculs biliaires sont visibles sur des clichés pris de profil (pour éviter l'ombre du sacrum) et à condition qu'ils contiennent au moins 10 % de sels de chaux.

GOSSET, RONNEAUX, BROcq ont publié des observations où l'examen radiologique a décélé des calculs biliaires chez des malades en occlusion.

En tous cas, soulignons le fait et, plutôt que de laisser ces malades en observation longtemps, faute de signes physiques suffisamment nets pour justifier l'intervention, pensons toujours à ce complément indispensable de l'examen, chaque fois qu'on hésite : *la radio*.

En résumé : nous retiendrons de cette étude de l'iléus biliaire, la notion d'une *affection extrêmement grave et nécessitant un traitement très précoce, souvent retardé par une évolution entrecoupée de rémissions traîtresses*.

Il ne s'agit heureusement pas d'une maladie fréquente, mais nous avons tenu à nous y arrêter assez longtemps, car elle représente le type par excellence des obstructions avec accalmies traîtresses.

LES ACCALMIES TRAITRESSES DANS LES OCCLUSIONS PAR STRICTION

1^o L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

L'accalmie traîtresse est réalisée dans l'étranglement herniaire quand, sous l'apparence d'une réduction, l'agent d'étranglement persiste préparant les complications péritonéales les plus graves par le mécanisme du sphacèle.

Les plus beaux exemples de cette évolution nous sont donnés par les cas de *réduction en masse des hernies étranglées*.

A l'occasion d'un effort, d'un travail pénible, un sujet atteint depuis des années de hernie inguinale parfaitement réductible, est pris de douleurs dans la zone herniaire. La hernie est sortie, soit que le malade n'ait pas mis son bandage, soit que l'appareil de contention ait été mal appliqué. La hernie est plus grosse et plus tendue qu'à l'ordinaire. Bientôt surviennent des coliques, des nausées, des vomissements. Le malade essaye de réduire la hernie en se plaçant dans une position appropriée comme il a coutume de le faire, mais les manipulations sont plus pénibles, plus longues qu'à l'habitude. La hernie ne rentre pas. Enfin le taxis paraît couronné de succès. La réduction semble obtenue, mais elle est parfois incomplète, parfois un peu anormale. Le sujet note qu'elle s'est faite brusquement ou sans gargouillement. Puis, contrairement aux espérances du malade et du médecin traitant, car cette alerte n'est pas toujours la première, le taxis n'amène pas la cessation des accidents. Sans doute, une amélioration passagère peut se manifester, les vomissements s'arrêtent, la douleur est moins vive, le bout inférieur de l'intestin s'évacue, l'émission de quelques gaz, parfois même de matières, peut en imposer à un observateur non averti. Ce calme trompeur ne dure guère que quelques heures.

Et cependant, ce serait le moment d'agir, car les signes d'occlusion confirmée s'installent; l'arrêt des matières et des gaz devient patent, les coliques reprennent plus vives, les vomissements deviennent bilieux puis fécaloïdes. Les signes généraux vont de pair. Bref, ce tableau est bien connu, nous n'y insistons pas ici.

Si l'on n'intervient pas, le *sphacèle intestinal*, avec son atténuation trompeuse des douleurs, va s'installer sur cette hernie réduite en masse dans le ventre et c'est une péritonite insidieuse qui va s'installer.

OBS. (DELANNOY, de Bordeaux). — Le 3 décembre 1926 B... Emile, 29 ans, menuisier, entre dans le service du Prof. LAMBRET pour douleurs abdominales et vomissements. Quatre jours auparavant il aurait ressenti des douleurs violentes dans tout l'abdomen, plus particulièrement dans la région péri-ombilicale. Des douleurs intermittentes survenaient tous les quart d'heure environ et duraient une minute. Leur acuité augmenta rapidement et de simples coliques au début, elles devinrent très rapidement violentes puis atroces, s'accompagnant de vomissements qui, d'abord alimentaires, furent rapidement muqueux puis verdâtres. Forcé d'interrompre ses occupations et de s'aliter, il apella un médecin qui le mit à la diète avec une vessie de glace sur l'abdomen. Dans les jours qui suivirent, les douleurs devinrent moins pénibles, s'espacèrent pour disparaître peu à peu complètement. L'abdomen augmenta progressivement de volume, les vomissements devinrent plus rares sans jamais être fécaloïdes. Pas de selles spontanées; quelques évacuations purent être provoquées par des lavements. Gaz abondants. Pas de température. Le sujet entre à l'hôpital d'urgence.

A l'examen, malade déprimé, teint légèrement terreux, traits tirés, yeux excavés avec pommettes saillantes, langue sèche, front couvert de sueurs froides. Les lèvres sont cyanosées, la respiration est accélérée et superficielle. Température 36°5, pouls 100. Abdomen ballonné, sans déformation localisée, sans ondulations péristaltiques. La palpation réveille de la douleur dans la fosse iliaque droite, mais surtout au creux épigastrique et sous le rebord costal gauche. La paroi est souple et partout bien dépressible. A la percussion, sonorité exagérée de tout l'abdomen, sans matité dans les flancs. Le toucher rectal montre une ampoule vide souple, ne présentant pas de modifications pathologiques.

Le diagnostic d'occlusion intestinale semble évident, sans que l'on puisse en déterminer la nature et la localisation. Localiser la lésion sur le

grêle ou sur le côlon n'était pas possible : on n'avait pu assister au début et l'état actuel de l'abdomen s'opposait à toute recherche systématisée d'une lésion intra-abdominale. Tout au plus la précocité des vomissements et le siège péri-ombilical des douleurs initiales pouvaient faire soupçonner un obstacle sur le grêle. Par ailleurs, l'état général exigeait une intervention immédiate. On apprit, d'autre part, que 18 mois auparavant, le malade avait présenté les mêmes accidents avec douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières, permettant de les rapporter à une crise de subocclusion qui céda spontanément. D'autre part le malade est porteur depuis 19 ans d'une hernie inguinale droite réductible et indolore maintenue par un bandage. Depuis six mois, aucun bandage n'était porté, la hernie entraînait et sortait librement. Le jour du début des accidents la hernie était apparue, le malade l'avait réduite sans difficulté ni douleur comme les autres fois.

Opération d'urgence. Au pied des anses grêles dilatées et congestionnées, on découvre qu'une anse grêle est engagée dans un orifice correspondant à la fossette inguinale externe. On constate qu'il s'agit d'une hernie inguinale étranglée, réduite en totalité et devenue propéritonéale. Libération de l'anse étranglée en imminence de sphacèle. Résection du sac par retournement. Guérison.

Quelques heures plus tard, le sphacèle faisait son œuvre et la péritonite s'installait à bas bruit. Cette évolution traîtresse fut encore plus nette dans l'observation suivante, où, sans qu'on puisse parler de réduction en masse de la hernie étranglée, il y eut une réduction partielle, avec disparition de la tumeur inguinale, ayant écarté le chirurgien. Le sphacèle, ici encore, explique l'accalmie de la douleur. Si nous ajoutons qu'il s'agissait d'un pincement latéral, on comprendra que la persistance des évacuations rectales ait pu amener les cliniciens à une temporisation désastreuse.

OBS. (GASNÉ). — B..., 34 ans, acrobate sur les places publiques, porteur depuis l'enfance d'une pointe de hernie inguinale droite, opérée en 1918, mais récidivée depuis, avait présenté il y a quelques mois deux ou trois crises de ballonnement douloureux, accompagnées de vomissements, mais disparaissant spontanément dans les heures suivantes. Le dimanche 21 mai, étant à Tours, présente dans la matinée un ballonnement abdominal généralisé douloureux, mais n'en continue pas moins ses exer-

cices acrobatiques. Le soir quelques vomissements. Le lundi 22, malgré une bonne nuit, le ballonnement n'a pas disparu. Les vomissements reprennent : liquide noirâtre, fétide. Le malade peut aller à la selle et évacuer normalement des gaz. Le mardi, le ballonnement diminue légèrement, les vomissements disparaissent, le malade s'alimente d'un peu de bouillon, mais les douleurs persistent avec la même intensité, surtout dans la région inguinale droite où existe une petite tuméfaction douloureuse. Dans la journée du mardi, le malade rentre à Paris. Le mercredi, il fait venir un médecin qui porte le diagnostic d'étranglement herniaire et conseille l'entrée d'urgence à l'hôpital. Cependant le malade reste encore un jour chez lui, et entre seulement le jeudi matin.

A l'examen : ventre souple et peu douloureux. La hernie n'est pas perçue. Etant donné l'histoire du malade, on pense qu'elle s'est réduite d'elle-même. Cependant le T. R. est très douloureux. On décide de surseoir à l'intervention.

Vendredi : température 37°, la sédation des douleurs s'accuse, abdomen souple et indolore. Le malade va à la selle et n'a plus ni nausées ni vomissements.

Samedi : température 37°. Mais, après la visite il est pris d'un besoin impérieux de garde-robe. Le ventre se ballonne et à partir de 13 heures, il présente des crises douloureuses d'intensité croissante. Douleurs diffuses. Nausées, vomissements. Revu à 16 heures : ventre de bois, faciès péritonéal, toucher rectal très douloureux, température 37°, pouls 120.

Intervention (GASNÉ) incision inguinale, ouverture d'un sac. On trouve une tête d'anse intestinale très violacée. Débridement du collet : flot de pus. Perforation au niveau du collet. Résection. Suture termino-terminale. Mickulicz. Mort le 10^e jour par relâchement des sutures.

Nous ne saurions trop revenir à l'occasion de ces cas, sur le précepte essentiel d'examiner toujours systématiquement les orifices herniaires, même anormaux, des malades en occlusion. Il sera bon aussi, s'ils ont présenté une sédation de leurs phénomènes occlusifs, de penser à cette éventualité, rare il est vrai, mais redoutable, d'une pseudo-réduction de hernie, et de toujours les interroger et les examiner dans ce sens.

2° LES VOLVULUS.

Nous n'aurons pas en vue ici le volvulus du grêle qui, en général, revêt un aspect suffisamment dramatique d'occlusion haute

avec douleur pré-vertébrale, ballonnement péri-ombilical et ascite aiguë, imposant le diagnostic de l'intervention d'extrême urgence. Si l'on peut trouver dans la littérature des observations comme celle de la malade de LARDENNOIS à laquelle une pseudo-amélioration permit de voyager toute une nuit pour venir de la Creuse se faire opérer à Paris le 9^e jour, il faut bien savoir que ces cas sont exceptionnels, et que l'évolution du volvulus du grêle est trop rapide et trop nette en principe, pour donner lieu à une accalmie traîtresse dans le vrai sens de ce terme.

Volvulus du cæcum.

Admettons-nous davantage l'accalmie traîtresse dans l'évolution des volvulus du cæcum ?

Rappelons en quelques lignes l'histoire clinique de cette affection.

Après une phase prodromique plus ou moins longue de constipation opiniâtre avec crises iliaques paroxystiques s'accompagnant de météorisme et de nausées, crises que le malade peut avoir apprises à conjurer par une position spéciale amenant une débâcle (KLOSE), survient brusquement un jour une crise analogue plus aiguë et plus longue. Durant quelques heures, elle cesse, puis reprend, et s'accompagne de nausées et de vomissements. L'arrêt des matières et des gaz est tardif en raison de la vidange préalable de tout le segment inférieur. Il est à noter, comme cause de temporisation possible, qu'on a signalé des cas où les gaz persistaient (LITTLEWOOD, PRUTZ, ZUCKERKANDL) et des cas avec diarrhée (SCHWARTZ, PRUTZ, SCHREIBER). Le ventre est asymétrique du fait d'un météorisme localisé (signe de Von WAHL typique), transversal, allongé, péri et sus-ombilical, parfois on constate des ondes péristaltiques. Contrastant avec ces signes, on est surpris du peu d'importance des signes généraux. La température est normale, le pouls régulier et non accéléré. Le faciès est fatigué par la douleur, mais il est loin d'être péritonéal.

Si on attend pour intervenir, confiant dans cet état général plutôt rassurant, on va voir succéder vers le 3^e jour, à cette *phase « tonique »*, une certaine rémission. CAVAILLON a dénommé cette période « *phase atonique* ». C'est là que serait le piège pour les

observateurs trop optimistes. En effet, le malade se sent mieux, la douleur a disparu. On parle de guérison. Mais *cette accalmie ne traduit que l'atonie d'un intestin qui ne lutte plus*, car le ballonnement se généralise et les phénomènes d'obstruction persistent, tandis que le sphacèle de l'intestin volvulé fait son œuvre et prépare la péritonite terminale.

OBS. (ARROU). — ...Le surlendemain, on est frappé du bon aspect général de la malade. Les douleurs sont calmées depuis la veille...

OBS. (LAPEYRE). — ...Au bout de 48 heures, sédation des symptômes, sauf persistance de l'arrêt des matières et des gaz et du météorisme.

Pendant 2 à 3 jours, état général excellent. Pouls à 90. Pas de fièvre. Le 6^e jour, le faciès est encore bon. Pas de température. Pas de dyspnée, mais pouls plus rapide et ballonnement énorme.

OBS. (LAPEYRE). — ...Brusquement, apparition de signes d'occlusion aiguë. Ces accidents se calment au 3^e et 4^e jour. Le 5^e jour, aggravation de l'état général et apparition d'une énorme tuméfaction localisée...

OBS. (LENORMANT). — ...Entre à l'hôpital le 6^e jour. Température normale. Pouls 100. Pas de vomissements. Ventre souple, peu douloureux, pas de matité. Pas de péristaltisme. Affaissement de la fosse iliaque droite, mais voussure de la région ombilicale et de l'épigastre...

Volvulus du côlon pelvien.

Si déjà le volvulus du cæcum pouvait induire en erreur par la conservation longue d'un bon état général et par l'apparence d'une accalmie dans l'évolution, que dire du volvulus, le plus fréquent, celui du côlon pelvien ?

Il s'agit d'une occlusion basse, chez un *constipé habituel*, sujet à des crises semblables qui ont déjà cédé spontanément. C'est tout dire... C'est dire le danger de retard du fait d'un état général qui n'a rien d'alarmant. « L'état général, écrivait LECÈNE dans sa thérapeutique chirurgicale, n'est que peu touché pendant les premiers jours de l'existence d'un volvulus sigmoïdien. C'est en effet une occlusion basse qui ne donnera qu'assez tardi-

vement des accidents toxiques ou infectieux ; on peut dire malheureusement, car, trop souvent, en présence de ce peu d'atteinte de l'état général, on perd du temps et on attend, en faisant une thérapeutique symptomatique illusoire. »

Nous n'insisterons pas sur l'absence de vomissements, qui pourrait faire repousser l'idée d'occlusion intestinale grave, « erreur qui nous reporterait à cinquante ans en arrière » (MONDOR).

Nous voulons surtout montrer qu'il y a là toute une série de pièges et de bonnes raisons pour temporiser.

Et que de fois, *faute de n'avoir pas su reconnaître le ballonnement asymétrique du ventre* et d'avoir laissé s'installer un ballonnement en cadre, secondaire, crut-on à une occlusion cancéreuse, et pratiqua-t-on une fistule sur un cæcum effectivement dilaté. Nous ne voulons pas ici ranimer la vieille discussion entre l'entérostomie, traitement palliatif minimum de l'occlusion quelle qu'elle soit (E. QUÉNU), en face de l'exploration chirurgicale systématique dès que la cause n'est pas absolument patente (OKINCZYC), mais il est certain que voilà bien la véritable accalmie traîtresse. C'est l'accalmie morale que, pendant quelques heures, va entraîner cette cæcostomie, qui a semblé donner issue à quelques gaz et à quelques matières, tandis que subsiste dans l'abdomen une lésion en train d'évoluer vers le sphacèle. Si ce soir l'alerte est passée, demain, le ballonnement en cadre ayant disparu, on retrouvera la distension asymétrique, le diagnostic s'éclairera peut-être, mais il sera trop tard, car le malade ne sera plus qu'un moribond, en pleine péritonite.

L'erreur est relativement fréquente, c'est pourquoi il ne nous a pas semblé superflu d'y insister. Et puisqu'il faut toujours avouer ses erreurs, nous avons ainsi, dans le service du Dr MONDOR, pratiqué une cæcostomie, sur un vieillard polonais, au passé pathologique ténébreux, et qu'on crut en occlusion cancéreuse. C'est l'anus cæcal qui, affaissant partiellement l'abdomen, nous montra le lendemain le ballon oblique. Mais le malade était mourant et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on put avoir en mains la pièce, en voie de sphacèle.

Une autre cause de retard funeste, dans le volvulus du côlon pelvien. C'est la *possibilité de petites détorsions momentanées, d'une petite débâcle, de quelques gaz*. Si, dans l'histoire du malade,

on retrouve des crises semblables, que de motifs pour temporer ! A plus forte raison, si le malade, calme et euphorique, ne souffre plus. Nous savons maintenant le danger de l'accalmie des douleurs, en pathologie abdominale d'urgence. Nous avons appris à ne plus nous y fier. Cet apaisement n'est-il pas la preuve du sphacèle au début, et ne cache-t-il pas les complications les plus graves ?

Pour illustrer cette notion de l'accalmie fonctionnelle, relisons cette observation de SAVARIAUD.

OBS. (SAVARIAUD, *in* MONDOR. Diagnostics urgents). — « Il s'agissait d'un permissionnaire qui était à sa deuxième crise d'occlusion et que je vis à l'hôpital mixte de Caen, le troisième jour d'une crise violente exaspérée par une purgation. Cette fois, je flairai le volvulus, je fis même ce diagnostic ferme, et pourtant, cette fois encore, je péchai par timidité et par indécision. Comme, au moment de l'opération, ce malade se sentit tout à coup soulagé (on venait de lui faire une rachianesthésie) et qu'il m'affirma avoir rendu des gaz et des matières la veille, je crus d'autant plus facilement à une détorsion spontanée que pareille terminaison avait suivi la première crise.

En conséquence, je remis l'opération au lendemain. Le lendemain, le malade était mourant. Plein de remords, je l'opérai quand même. Je trouvai un énorme volvulus de couleur verdâtre, que je réséquai entre deux ligatures. L'état de l'opéré était si bas, j'avais tellement peu d'espoir, que je me bornai à établir un barrage avec des champs et des compresses entre l'intestin grêle, qui était à peu près sain, et le foyer pelvien, horriblement septique. Contre toute attente cet opéré guérit de son opération, mais il me fut impossible, dans un second temps pratiqué avec l'aide de mon ami CHIFOLIAU, de rétablir la continuité de l'intestin, à cause de la brièveté du bout inférieur, de sorte que l'opéré sera vraisemblablement condamné à conserver jusqu'à la fin de ses jours son anus contre nature. »

Penser au volvulus, savoir le reconnaître, se rappeler qu'il s'agit d'une menace grave pour la vitalité de l'intestin, au même titre que dans une hernie étranglée, voilà ce qui évitera ces retards si préjudiciables. Le médecin doit connaître cette symptomatologie parfois rassurante, en tous cas peu urgente en apparence.

« Mais le danger est dans la tranquillité que tant de signes négatifs peuvent donner au médecin. Si au lieu de se répéter : « gros ventre oblique, crises douloureuses, arrêt des gaz, c'est un volvulus », il se répète : « bon pouls, pas de fièvre, pas de vomissements », le malade est perdu » (MONDOR).

IV

L'accalmie traîtresse dans les hémorragies intra-péritonéales.

Pendant longtemps, la cause des hémorragies internes chez la femme était passée inaperçue. On savait bien que, dans la plupart des cas, on se trouvait en présence d'une femme relativement jeune, mais on indiquait, à l'origine de ce drame, les causes les plus diverses et les plus inattendues, par exemple le reflux du flot cataménial à travers les trompes (A. GUÉRIN) une pachypéritonite (DOLBEAU, 1860), la rupture du plexus veineux utéro-ovarien, que signale OLIVIER (d'Angers) dès 1834, et dont le Prof. RICHET donna quelques observations. Enfin, on pensait aussi à la grossesse extra-utérine, mais on ne la croyait pas fréquente.

Toutes ces étiologies sont possibles, mais elles sont exceptionnelles. Cependant, c'est à elles que l'on s'adressait pour expliquer l'origine des inondations péritonéales et des hématocèles chez la femme. On vécut sur ces idées jusqu'en 1884, où commencent à paraître les travaux de LAWSON-TAIT qui, grâce à une observation consciencieuse, détruisit toutes ces étiologies rarissimes et montra le rôle prépondérant que joue la rupture de la trompe gravide dans la genèse des hémorragies intra-péritonéales chez la femme. BINAUD (Thèse Paris 1894) fut le premier en France à diffuser l'œuvre de LAWSON-TAIT, et CESTAN, la même année, prouva le bien-fondé de l'intervention d'urgence, vis-à-vis de l'abstention dans les hémorragies intra-péritonéales de la femme.

Et plus près de nous, nous devons citer SPROAT-HEANEY (1919) et MONDOR. Enfin, tout récemment, la thèse de BAUMANN est

venue mettre au point la question des hémorragies intra-péritonéales non gravidiques d'origine génitale chez la femme. Mais restons sur le terrain de l'affection la plus fréquente.

SPROAT-HEANEY s'en prend aux livres d'enseignement, où l'on trouve la grossesse extra-utérine rompue ou non rompue, décrite avec une symptomatologie si parfaite que jamais, en pratique, de tels cas ne se présentent, et c'est pourquoi, d'après lui, tant de cas passent inaperçus et ne se diagnostiquent que par les complications.

Quant à MONDOR, il nous donne, dans ses *Diagnostics urgents*, une étude claire, nette, précise, de la grossesse extra-utérine et de ses complications. C'est un diagnostic d'urgence qu'il nous donne, et c'est au médecin praticien qu'il s'adresse. Certes il attire notre attention sur la grande fréquence, sur la spontanéité des accidents, « un coup de tonnerre dans un ciel pur », et sur la gravité extrême de ceux-ci, si on les méconnaît. Mais il se fait aussi le porte-parole de SPROAT-HEANEY, qui se lamente de voir que la grossesse extra-utérine est si peu souvent diagnostiquée avant les accidents graves qui découlent de ses complications : avortement ou rupture. Il ajoute même que souvent les complications hémorragiques passent inaperçues parce que le médecin ne songe pas à la grossesse ectopique.

« Je suis, dit MONDOR, aussi convaincu que lui (SPROAT-HEANEY) du grand nombre des grossesses extra-utérines ignorées avant et pendant leurs plus gros accidents. Avant, parce que l'on attend à tort des signes francs de grossesse et des signes topographiques de grossesse latéro-utérine. Pendant les accidents, parce que l'on attend des signes cataclysmiques, qui ne sont pas la règle. On veut à la maladie, dans ses débuts, une symptomatologie trop parfaite, et aux complications une gravité qui, au lieu d'être évidente est souvent cachée. »

Le diagnostic de l'inondation du péritoine n'est pas toujours aussi simple qu'on le pense, car tous les cas ne prennent pas cette allure cataclysmique, qui, d'emblée, marque l'empreinte de la mort sur le visage de la malade. Ceux-ci ne sont pas méconnus, ce sont les cas à gros succès facile, car, opérés tout de suite au milieu de l'alarme générale, ils guérissent en général par une résurrection à vue d'œil. Mais il en est d'autres insidieux, à symptomatologie borgne, dont l'évolution présente des rémis-

sions, des accalmies trompeuses. Ceux-là, il ne faut pas les ignorer. Les laisser passer entraîne la condamnation de la malade.

MONDOR écrit : « Le diagnostic de l'inondation péritonéale par rupture ou avortement tubaire est en général facile. » C'est une anémie soudaine et extrême que n'explique pas une hémorragie visible. C'est donc une hémorragie interne. La cause est presque toujours une grossesse extra-utérine brusquement compliquée. *Or ce grand drame cataclysmique peut ne pas se produire, ou, s'il se produit, il peut prendre une allure autre, revêtir une symptomatologie d'emprunt.*

Quand cette symptomatologie d'emprunt conduit au diagnostic de péritonite, d'ulcère perforé, de torsion d'un kyste ovarien, d'occlusion, l'écart de diagnostic importe peu, puisque l'indication opératoire est posée et que l'on interviendra de suite. Mais l'erreur peut devenir grave, quand on diagnostique une salpingite, une colique néphrétique ou hépatique, ou même un avortement utérin. *L'indication opératoire urgente est éliminée.* On va refroidir la salpingite, calmer la malade pour ses coliques néphrétiques ou hépatiques, curetter ou rester dans l'expectative pour la fausse couche.

Nous allons commencer par étudier les causes de retard de diagnostic au cours de la rupture ou de l'avortement tubaire, c'est-à-dire les *fissurations ou hémorragies en deux, trois ou plusieurs temps*. Problème d'extrême urgence car la femme a déjà saigné dans son péritoine et reste sous la menace, d'un instant à l'autre, d'une hémorragie qui peut l'emporter. En principe, dans ces cas, l'accalmie n'est guère trompeuse.

Mais nous verrons qu'il est souvent bien difficile de dire à partir de quand une femme a commencé à saigner. Bien des opérations, qu'on croyait pratiquer avant les accidents, le prouvent en montrant déjà du sang libre dans le ventre. Nous ne saurions donc trop insister sur la nécessité d'un dépistage précoce, avant le drame cataclysmique, et en particulier nous montrerons sous quels aspects trompeurs la plupart du temps retardant l'indication d'urgence peuvent évoluer la grossesse extra-utérine et ses complications : *formes silencieuses et latentes, formes simulant la fausse-couche, la salpingite, formes avec douleurs élevées, atypiques.* (Les formes appendiculaires, péritonitiques et occlu-

sives ne seront pas étudiées ici, car même avec l'erreur de diagnostic, elles comportent l'indication opératoire d'urgence).

C'est qu'en effet, tous les symptômes de la grossesse ectopique, compliquée ou non, prêtent à discussion et ne sont pas fixes. De plus, *il ne faut pas s'attendre à les trouver groupés*. Ne comptons pas en brosser des tableaux précis et bien individualisés. Avec MONDOR « nous ne les étudierons pas chez de grandes malades appelant au secours, mais chez celles qui sont sur les bancs d'une salle d'attente de consultation gynécologique, ou qui viennent en se promenant, chercher un conseil chez le médecin. Parmi elles, sont les grossesses extra-utérines à opérer vite. »

Savoir retenir et décider à l'intervention rapide, pour ne pas dire immédiate, des malades venues consulter, sans crainte de l'opération, « pour des pertes, des douleurs », « pour l'estomac », « les reins », « la vessie » diront-elles. Voilà le rôle du clinicien averti des pièges de la maladie. C'est dans ce sens que nous allons envisager la question.

Certes nous allons passer en revue des aspects particuliers, qu'on hésite à ranger dans le cadre de l'accalmie traîtresse véritable.

Qui dit accalmie dit nécessairement orage préalable. Ce n'est pas le cas de ces formes pseudo-aboratives ou pseudo-salpingiennes. Bien souvent nous verrons qu'aucun drame n'a précédé l'hémorragie qui s'établit de façon insidieuse. Nous pouvons même dire que les ruptures de grossesses extra-utérine avec accalmie vraie sont très rares, la femme étant opérée le plus souvent dès le début du drame, et que beaucoup plus nombreuses sont ces formes atypiques et trompeuses. Si nous voulions respecter le titre de cet ouvrage, nous ne devrions pas les décrire, mais ce serait passer sous silence les cas peut-être les plus intéressants, justement parce que ce sont les plus traîtres. Ce serait faire une étude bien incomplète si, dans un travail qui vise à prévenir des pièges d'une affection, nous ne mentionnions pas ces formes. Au surplus, nous apprendrons bien souvent par l'interrogatoire, qu'il y eut un premier épisode aigu, estompé sans doute, mais réel, avant cette accalmie que masque une symptomatologie d'emprunt.

Les inondations péritonéales en plusieurs temps.

Le cas est classique, aussi ne nous arrêtera-t-il pas longtemps. Une jeune femme vient de présenter brusquement tous les symptômes d'une hémorragie interne grave, avec syncope, pâleur, pouls filant. Cette anémie brusque, suraiguë, en opposition avec un suintement sanguin minime à la vulve, la notion de l'irrégularité menstruelle, la douleur exquise du Douglas ont suffi au clinicien, même léger, pour faire le diagnostic. Il faut que la malade n'ait pas été vue tout de suite et qu'elle ne soit pas morte d'avoir trop attendu, pour qu'on puisse assister, dans certains cas, une fois l'état de shock dissipé, à une reprise de l'état général qui va transformer l'état d'esprit de l'entourage et influencer favorablement le médecin retardataire. La jeune femme est réchauffée, encore faible dans son lit, mais le pouls est parfait, le faciès rassurant. Cependant, si l'on attend, confiant dans un interrogatoire vague et peu poussé, c'est la catastrophe. Ce soir, cette nuit, demain, à l'occasion d'un effort minime, d'un essai de lever, ou même spontanément, survient la reprise des accidents d'hémorragie interne. On cherche partout le médecin trop optimisme, dans l'affolement général. Que de retard à l'intervention, qui bien souvent sera fatale !

Quelquefois, une nouvelle accalmie se produira, avec une nouvelle rechute, encore plus grave.

OBS. (MONDOR, Diag. urgents). — Une malade de 34 ans rentre le 30 octobre à midi, chez elle, ayant travaillé tout le matin sans fatigue. Elle est prise brusquement de coliques et de nausées.

Elle va à la selle en diarrhée, deux ou trois fois de suite, vomit et souffre tant qu'elle doit se coucher tout habillée. Elle va ainsi rester seule, incapable de se lever, d'appeler. On fait venir un médecin le lendemain. Il fait une injection de morphine, prescrit une potion et promet son retour pour le lendemain.

Le lendemain, la malade est sans pouls, avec du hoquet, une respiration haletante. Elle arrive dans cet état à Beaujon à 10 h. du matin. Le diagnostic peut se passer d'examen. C'est l'anémie la plus profonde, par hémorragie interne. Ventre souple, mais douloureux, ballonné, tendu.

Matité dans les fosses iliaques. Au toucher, col mou, culs-de-sac souples. Douglas vivement douloureux. Le doigt ramène du sang noir. Pouls incomptable. Température 36°5. Il n'y a pas une minute à perdre.

L'intervention montre un ventre plein de caillots et d'odeur déjà fétide. La grossesse était dans la trompe gauche, qui est rompue à 1 cm. de la corne utérine. Guérison.

OBS. (BERTRAND, *Toulouse médical*, 1^{er} mai 1934) (« Six observations de grossesse extra-utérine »). — ... « Nous grouperons tout d'abord trois observations sensiblement comparables où se retrouvent les grands signes cliniques de la rupture de grossesse tubaire : retard de règles, pertes de sang, début brusque par une violente douleur abdominale avec tendance syncopale, se reproduisant dans un cas sous nos yeux, après l'examen gynécologique.

... Notons à ce sujet une particularité importante : cette tendance syncopale n'était nullement en rapport avec l'importance de l'hémorragie, comme l'intervention a permis de le vérifier. Dans l'un des cas, d'ailleurs, la tension artérielle était de 12-8 au Vaquez. Nos trois malades, d'autre part, l'accident initial passé, présentaient un état général en apparence bien rassurant. L'une d'elles prise d'un malaise subit dans la rue, s'est remise rapidement, et au bout de quelques minutes a pu rentrer chez elle à pied. Une autre est venue se faire examiner dans notre cabinet et a paru bien peu convaincue quand nous lui avons affirmé qu'elle avait du sang dans le péritoine ; elle ne s'est décidée à l'opération que trois jours plus tard, après avoir continué, malgré nos conseils, à se promener et à diriger son ménage. »

La fissuration des grossesses extra-utérines en plusieurs temps.

Il est, en effet, souvent bien difficile de dire à partir de quel moment une femme a commencé à saigner dans son péritoine.

En lisant les observations, on est frappé par une chose. Presque toujours les malades ont eu des *crises très violentes de douleurs* avant que la rupture se produise.

La malade présentait ou non des signes de grossesse et, à un moment donné, elle commence à souffrir brusquement. Après quelques jours, ou quelques heures, les douleurs cessent com-

plètement ou diminuent beaucoup. Un temps plus ou moins long s'écoule, et puis une nouvelle crise aussi violente, quelquefois même plus intense se reproduit, avec tendance syncopale, vertiges, éblouissements. Si la rupture ne se fait pas lors de cette deuxième crise, alors une troisième va survenir plus tard, qui achèvera la rupture. Ces crises accompagnent le processus qui prépare la rupture.

Dans la première crise, une petite hémorragie, qui se produit provoque une fissure, soit du côté de l'insertion pariétale, soit du côté du pôle libre de l'œuf. Cette fissure qui est due à la distension causée par l'hémorragie n'est pas totale, n'intéresse pas toute la paroi de la trompe. La tumeur grossit. L'hémorragie intra-pariétale s'arrête, la rupture commencée ne va pas plus loin. Quand une deuxième ou une troisième crise surviennent, la fissure augmente et la tumeur grossit encore. Sous l'influence de l'hémorragie, elle arrive à intéresser toute la paroi, et alors l'hémorragie commence à se faire dans la cavité péritonéale. La rupture est complète.

METZGER, dans ses leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, nous donne plusieurs exemples frappants de ces fissurations en plusieurs temps qui peuvent retarder le diagnostic et l'intervention.

OBS. (METZGER). — M^{me} R. O..., 33 ans. A eu un accouchement normal il y a 10 ans. Dernières règles le 26 juin.

Entre à Tarnier le 30 août, à 3 heures du matin. L'interrogatoire apprend que le 26 août à 22 heures elle a été prise de douleurs abdominales violentes avec vomissements et diarrhée.

Elle a dû se coucher, mais au bout de trois heures, tout rentre dans l'ordre. Elle se lève le lendemain, mais à 22 heures nouvelle crise semblable à la précédente sans diarrhée. Durée 3 heures.

Vient consulter le 29 août parce qu'elle perd un peu de sang noirâtre. Femme très pâle. Respiration régulière. Température 37°1. Pouls 60, régulier, bien frappé.

L'histoire clinique fait penser à une grossesse extra-utérine que l'on recherche.

Au toucher vaginal : col entr'ouvert avec une cicatrice de l'ancien accouchement. Utérus gros comme le poing. Sa mobilisation est douloureuse ainsi que les culs-de-sac. Mais on ne trouve aucune masse latérale.

La femme étant obèse, on pratique l'anesthésie générale à 10 h. 30 pour s'assurer qu'il n'y a réellement aucune masse latéro-utérine. On trouve les culs-de-sac libres et pas de tumeur annexielle.

Malgré l'impression qu'il doit s'agir d'une grossesse extra-utérine en l'absence de signes physiques on en est réduit à admettre l'hypothèse d'un avortement utérin et on place une laminaire.

Pas d'incident jusqu'à 16 h. 30.

A ce moment, brusquement, état syncopal, pouls filant à 160.

L'examen négatif du matin induit encore en erreur l'interne qui songe à une péritonite ou à quelque complication difficile à interpréter et on n'appelle le Dr METZGER que tardivement à 19 h. 30.

Opération. Laparatomie. Ventre rempli de sang. Rupture tubaire droite. Mort sur la table.

Voilà donc une femme qui avait sûrement déjà fissuré sa trompe et saigné dans son péritoine lors de son arrivée à Tarnier. Nous verrons plus loin qu'un pouls bien frappé à 60 n'informe en rien un début d'inondation. Nous reviendrons aussi sur la disparition traîtresse de la tumeur annexielle au toucher, et les dangers de tomber dans le piège du diagnostic de fausse-couche. Avait-on bien interrogé cette femme sur les caractères de ses pertes, de ses douleurs, sûrement accompagnées de *syncopes*, voire simplement d'un *vertige*, d'un *éblouissement*. Avait-on bien recherché le *signe* du *Douglas* ? Il n'en fut pas de même pour cette malade :

•

OBS. (METZGER). — M..., 26 ans, nullipare.

A eu un retard de 15 jours. Il y a 8 jours, a ressenti une douleur vive dans la région inguinale gauche, avec tendance à la syncope, a en même temps perdu un peu de sang. A son arrivée, la malade est très pâle, température 37°5, pouls régulier, bien frappé à 72. Au toucher vaginal, utérus un peu gros. Col fermé. Ecoulement de sang noirâtre en très petite quantité. Rien dans les culs-de-sac qui sont un peu douloureux, mais libres. Malgré l'absence de signes locaux annexiels et instruit par le cas précédent, le Dr METZGER décide l'intervention immédiate.

Laparotomie : sang en moyenne abondance, grossesse angulaire gauche rompue, castration gauche. Guérison.

OBS. (METZGER). — Je suis appelé par un confrère auprès d'une malade de 43 ans encore bien réglée, qui a eu une seule grossesse il y a 20 ans.

Cette femme a un retard de règles d'une douzaine de jours. Il y a 3 jours, elle a ressenti une douleur extrêmement violente dans le côté droit accompagnée de vomissements et de syncope.

Je trouve une femme obèse avec un faciès pâle et cireux, mais une température normale, un pouls excellent à 70. La malade ne souffre plus. Au toucher le col est reporté en avant, gros, mais assez dur ; à gauche on sent une masse du volume du poing non douloureuse ; à droite un empâtement diffus, difficile à délimiter. L'examen détermine de la douleur dans cette région.

La tumeur du côté gauche avait fait penser à la torsion d'un kyste, mais la pâleur extrême fait opter pour une rupture de grossesse extra-utérine. L'intervention est décidée pour le lendemain.

Le lendemain, le pouls à 70, très régulier et bien frappé semble si rassurant que le médecin traitant serait d'avis de s'abstenir. Je suis d'avis contraire et pratique la laparotomie.

Abdomen rempli de sang noir et de caillots, un litre environ, utérus gros mais dur, à gauche volumineux, hydrosalpinx non tordu, à droite grossesse extra-utérine rompue, hystérectomie subtotale. Guérison.

Nous avons opéré enfin personnellement étant interne du Dr DEVRAIGNE une femme pour laquelle le diagnostic n'était pas moins hésitant, et chez laquelle nous trouvâmes avec une grossesse ampullaire droite fissurée, déjà une certaine quantité de sang libre dans le péritoine, qui n'aurait pas manqué quelques heures plus tard de devenir une véritable inondation. Voici son histoire :

Obs. (Personnelle). — G. M..., 29 ans. Entre le 18 juin 1934 pour une crise douloureuse abdominale. Déjà opérée en 1926 d'une grossesse extra-utérine gauche. Femme habituellement bien réglée, ayant eu déjà au mois de janvier un retard de 10 à 12 jours. Règles normales en février et en mars durant trois jours. En avril les règles sont venues à la date normale, mais furent très courtes et très peu abondantes. Le 12 mai, la malade attendait ses règles et ressentait les malaises habituels, mais elle n'eut que des pertes rosâtres et très peu abondantes, qui se prolongèrent à peu près continues jusqu'à maintenant. Pas de vertiges, pas de pertes de connaissance mais une crise douloureuse très violente le 18 juin qui dura trois heures, à début brusque, et calmée brusquement par la chaleur. Cette crise amène la malade à l'hôpital.

On trouve une femme nullement anémiée, avec un pouls bien régulier à 60, une température à 37°2, et au toucher, à côté d'un utérus fibromateux dévié à gauche, une masse de la grosseur d'une petite mandarine douloureuse, mobile, avec un Douglas douloureux mais libre. Le doigt ramène du sang. A noter en outre une légère montée laiteuse. La malade est mise en observation. Rien d'anormal jusqu'au 22 juin. Ce jour-là elle présente une nouvelle crise douloureuse pelvienne, avec irradiations lombaires. Pouls 60, bien frappé. Au toucher, même masse latéro-utérine mais Douglas plus douloureux, paraissant moins libre, plus empâté. A noter en outre un certain ballonnement abdominal et une difficulté d'émission des gaz. Un interrogatoire serré permet de retrouver un état vertigineux avec éblouissements et mouches volantes la veille au soir, attribué par la malade « à de la faiblesse ».

L'intervention décidée d'urgence nous donna confirmation du diagnostic d'extra-utérine droite avec début d'hémorragie intra-péritonéale. Hystérectomie subtotale. Guérison.

Formes silencieuses. Formes latentes.

Formes ambulatoires.

Bien étudiées par PERAIRE, DIONIS DE SÉJOUR, JANNENEY et ROSSET-BRESSANT, BARTHELÉMY, ces formes ne sont pas rares et méritent d'être signalées. C'est bien à elles que doit s'appliquer ce principe, un peu simpliste en apparence, mais qu'on peut vérifier tous les jours : *« ce qui importe dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine, c'est avant tout d'y penser car on n'y pense jamais assez »*.

Cliniquement, nous trouverons chez ces femmes quelques douleurs dans le bas-ventre, quelquefois un léger état nauséeux. Le pouls est bon, il n'y a pas de signe d'anémie grave, à peine un peu de pâleur, le ventre est souple, sans ballonnement, sans matité, parfois un peu sensible, parfois complètement indolore.

Les voilà ces clientes qui viennent au cabinet du médecin demander un conseil pour une affection qu'elles croient banale et qu'il va falloir, à leur grande stupeur, décider à une opération rapide.

Un signe existe toujours : *les pertes sanguines*. Le toucher vaginal révélera un Douglas un peu sensible, on pourra trouver des

signes de tumeur latéro-utérine. Notons encore une miction un peu douloureuse et c'est tout. Le diagnostic de grossesse ectopique devra se faire cependant sur ces signes, car comme l'a dit SPROAT-HEANEY : « *Toute femme en âge d'être enceinte et qui présente une douleur pelvienne avec des troubles de la menstruation doit être suspectée d'extra-utérine.* » La sensibilité du Douglas vient appuyer le diagnostic. Elle doit donc être laparotomisée sans tarder. L'épanchement sanguin est alors une découverte opératoire. Tous les chirurgiens ont eu à opérer de ces cas frustrés, et ont eu la surprise de trouver déjà du sang dans le Douglas.

OBS. (Personnelle). — M. X..., 36 ans. Déjà opérée il y a deux ans d'un kyste de l'ovaire droit par le Dr DEVRAIGNE, vient consulter à la Maternité de Lariboisière le 26 juillet 1934 parce qu'il y a six semaines elle a vu ses règles sans retard, mais une journée seulement et très peu abondantes. Elle ne les a pas revues le mois suivant, mais depuis huit jours, elle perd un peu de sang brunâtre. Elle ne souffre pas, fait son travail normalement, et vient consulter parce qu'elle se croit enceinte. C'est la constatation d'une petite masse douloureuse, latéro-utérine gauche qui, jointe à l'histoire menstruelle nous a fait décider la malade à rester. Opérée le lendemain matin, nous trouvons une grossesse amputaire gauche, avec déjà un peu de sang dans le Douglas, et un caillot sur la trompe, prêt à se détacher.

Si on laisse ces femmes sans le secours de la chirurgie, il est fort probable que l'hémorragie récidivera et elles la supporteront jusqu'au moment où leur seuil de résistance à l'hémorragie sera atteint. C'est alors qu'elles feront leur syncope et que l'anémie grave se dessinera. Nous rentrons ici dans le cas des inondations par étapes successives et des fissurations en plusieurs temps.

Il se peut, d'autre part, que l'hémorragie ne récidive pas, l'hémopéritoine se résorbe, mais il peut aussi rester une hématocele avec tous ses accidents possibles. D'autres fois, ces cas ont eu une évolution clinique classique au début des accidents, et la malade n'est pas venue consulter, ou bien le médecin est optimiste. L'hémorragie s'est arrêtée, les signes graves ont disparu, mais il persiste de petits troubles, et c'est à ce moment que la malade vient nous trouver. Parfois elle peut présenter du subic-

tère, associé à une anémie légère et à des antécédents d'accidents pelviens.

Enfin il existe des cas où, tout en étant récente, l'inondation ne donne pas de signes.

OBS. (BARTHELÉMY). — La malade était venue consulter de 30 km. Elle avait été en chemin de fer pendant une heure. Elle s'était rendue à pied à la consultation et BARTHELÉMY ne pensait pas à une grossesse extra-utérine rompue puisqu'il ne l'opéra que deux jours après. L'inondation fut une découverte opératoire.

D'après LENORMANT et HARTMANN, ces épanchements libres qui n'ont pas donné de syndromes alarmants seraient consécutifs à un avortement tubaire dans la majorité des cas.

Le diagnostic de ces épanchements silencieux est ardu, souvent il faut avoir recours aux examens de sang, et à la ponction du Douglas, inutile dans les cas classiques. Nous reviendrons plus loin sur ces examens en détaillant tous les symptômes.

Formes pseudo-abortives.

Rien n'est plus facile que prendre une fausse-couche tubaire pour une fausse-couche utérine. De plus, la malade saigne peu, on attend. C'est ce qu'il ne faut pas faire. L'avortement tubaire donne, plus souvent que la rupture, cette symptomatologie, car il s'accompagne de douleurs pelviennes moins vives, la syncope est plus rare, l'état de shock moins marqué, l'anémie moins brutale.

La femme saigne par le vagin, et c'est ce minimum de signes pelviens, avec écoulement vaginal, qui entraîne l'erreur.

Ces écoulements vaginaux peuvent être abondants, c'est pourquoi l'avortement tubaire avec inondation minime serait confondu avec l'avortement utérin du 2^e mois. Celui-ci, comme la grossesse tubaire, présente des prodromes : petites taches de sang, douleurs dans le bas-ventre. Mais ce sont des douleurs utérines d'expulsion d'abord lombaires, puis médianes, douleurs que la multipare compare aux tranchées de l'accouchement. Ces douleurs d'avortement utérin ne sont pas, théoriquement,

comparables aux douleurs pelviennes des grossesses extra-utérines interrompues. En outre l'utérus est gros dans l'avortement utérin. Sa mobilisation est indolore, le Douglas est libre.

Mais bien des médecins oublient la valeur de l'exploration du Douglas et des culs-de-sac latéraux, et se basent trop sur l'ouverture du col et sa mollesse. De plus, il ne suffit pas de constater l'expulsion d'une membrane pour affirmer la fausse-couche. Combien de fois voit-on cette erreur, commise par des médecins qui, fiers de cette découverte, vont jusqu'à négliger le toucher vaginal. Ils conseillent seulement le repos et la glace. D'autres, plus audacieux, font un curettage et, comme ils ramènent peu de choses-ils croient l'avortement terminé et rassurent la famille : « La malade est bien un peu pâle, mais elle a beaucoup perdu ! » Pendant ce temps, ils ne songent pas à percuter l'abdomen qui souvent montrerait déjà de la matité.

Mais à côté de ces risques d'erreur par examen trop léger, il en est d'autres, où, même après un examen sérieux et approfondi, le dilemme persiste.

Les pertes vaginales ont été abondantes. Les douleurs pelviennes ont présenté des irradiations lombaires. L'utérus est gros, sensible, comme dans une grossesse utérine menacée d'avortement. Le Douglas et les culs-de-sac ne sont pas spécialement sensibles. L'état d'anémie n'est pas très accentué.

Ce sont des malades qu'il faut garder en observation très serrée. Si la douleur s'irradie à tout l'abdomen, il faut se méfier, car elle est plus localisée dans l'avortement utérin.

Par des touchers vaginaux répétés, peut-être trouvera-t-on un cul-de-sac de Douglas plus sensible. L'utérus ne sera pas modifié, ou aura été rejeté en avant vers le pubis. Dans le doute on fera une ponction du Douglas, à moins que brusquement on ne découvre une matité abdominale et que l'anémie aiguë ne commence à se dessiner.

La fréquence de ces formes pseudo-abortives de la grossesse extra-utérine nous est expliquée par le fait qu'il existe dans la grossesse ectopique une intense congestion de la muqueuse hypertrophique et des hémorragies interstitielles qui permettent de comprendre l'origine des suintements sanguins utérins. A part cela, comme le dit PINARD, « *la femme qui a une grossesse extra-utérine n'est pas plus réglée que dans la grossesse utérine.* »

Mais dans la gestation ectopique existe un phénomène qui risque de faire penser à l'avortement utérin, qui va conduire le médecin non averti au diagnostic de fausse-couche et qui va amener des curettages, cela d'autant plus que certaines malades, s'étant crues enceintes ont pratiqué des manœuvres abortives. Nous voulons parler de l'*expulsion de la caduque*.

La muqueuse utérine subit le même travail que dans la grossesse normale, elle se transforme en caduque dont les caractères histologiques sont les mêmes dans les deux cas. Contrairement aux idées anciennes (GAUTHIER, PINARD, CESTAN), qui voulaient que l'expulsion de cette caduque coïncidât avec la mort du fœtus, ou un incident dans la trompe gravide. On admet, depuis Pozzi, que l'expulsion peut se produire à toutes les époques de la grossesse extra-utérine et qu'elle n'implique pas fatalement la mort du produit de conception ni la rupture. Une malade a un retard de règles variable : 15 jours, un mois, deux mois. Vient-elle à éprouver un jour des coliques expulsives avec émission de « caillots », dira-t-elle, ou encore de « peaux », de « débris granuleux et visqueux, noirâtres », il n'en faut pas plus pour penser immédiatement à la fausse-couche banale.

Les observations sont nombreuses de ces grossesses extra-utérines prises pour des avortements. Cette erreur de diagnostic, ayant entraîné un pronostic trop favorable et un retard préjudiciable à l'intervention. A noter que l'erreur sera d'autant plus facile qu'on aura à faire à une récidiviste de la fausse-couche.

Obs. — G. D... Entre le 15 janvier 1912 à l'hôpital. A déjà fait de nombreuses fausses couches. Il y a un mois et demi, ayant un retard d'un mois, elle se croit enceinte, ressent des picotements dans les seins et tout de suite a recours à sa matrone habituelle. L'intervention est suivie de douleurs violentes et de pertes de sang. Il y a dix jours ces pertes cessent, tout rentre dans l'ordre et la malade reprend ses occupations, attendant la prochaine alerte. Mais il y a 4 jours, en allant à la selle, elle est prise de violentes douleurs dans le bas-ventre, perd connaissance. Un médecin appelé tout de suite, suppose une grossesse extra-utérine. Le lendemain les douleurs disparaissent. Nouvelle tranquillité pendant quatre jours. Ce matin, après un lavement nouvelle crise douloureuse très vive. Pâleur. Perte de connaissance.

Opérée d'urgence par M. CAUCHOIS : inondation péritonéale par grossesse ampullaire droite rompue.

Obs. S. T..., 32 ans, entre le 23 mai 1906 à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre. Elle dit avoir fait une fausse couche il y a six semaines après un retard de règles de cinq semaines. Depuis, elle perd tous les jours et souffre quelquefois beaucoup. Les douleurs viennent par crises. Avant-hier, crise de douleurs violentes, vomissements.

Au toucher, utérus petit, grosse masse mollassse rénitente, dans le cul-de-sac postérieur. On diagnostique une grossesse extra-utérine et on l'opère. Il y a du sang dans le Douglas, la trompe droite est dilatée dans sa portion ampullaire rompue. On trouve un fœtus gros comme un œuf de poule. Guérison.

Obs. — P. A..., 23 ans. Entre à l'hôpital le 4 mai 1910. Il y a un mois curettage pour fausse couche dans un hôpital. Quitte l'hôpital au bout de huit jours, mais perd toujours un peu de sang. Il y a trois jours, pertes abondantes avec caillots, abdomen un peu douloureux. Constipation malgré trois lavements. Température 38°5. Pouls 105. Au toucher, collection dans le Douglas. Colpotomie suivie tout de suite de laparotomie car une hémorragie abondante survient. On trouve du sang et des caillots dans le péritoine. Grossesse ampullaire droite rompue.

Au total : le diagnostic avec une fausse couche banale reste très délicat.

Même lorsqu'on obtient de la malade l'aveu de manœuvres abortives, on ne peut être tout à fait tranquille, l'expulsion de la caduque, avec quelques caillots pouvant donner le change et faire croire à une rétention placentaire.

Il est certain que, dans les cas douteux, *l'examen histologique des débris de membranes* rendra de grands services. CARAVEN le préconise chaque fois qu'une femme évacue un ou plusieurs fragments de muqueuse utérine. S'il y a des villosités choriales, il s'agit d'une gestation normale. S'il n'y a pas de villosités, si les débris examinés montrent une réaction déciduale de la muqueuse à l'exclusion de tout élément embryonnaire, la gestation extra-utérine est certaine, même si la sensation de tumeur latéro-utérine n'est pas perçue. La malade doit être laparotomisée sur l'heure.

Mais cet examen qui, au point de vue théorique peut avoir une valeur considérable, n'est pas toujours praticable et peut risquer d'augmenter le retard de l'intervention. Si les installations hospitalières, où la malade reste surveillée, le permettent, il n'en sera pas de même à la campagne, ou dans une clinique de province, même moderne.

Une idée vient alors tout de suite à l'esprit : pourquoi ne pas faire un *curettage explorateur* comme le préconisent GERNEZ et MOULONGUET ? Assurément oui. C'est une intervention dont on ne peut nier les mérites. Mais nous ne saurions trop rappeler à cette occasion que le curettage utérin est une véritable opération, qui doit être faite, sous anesthésie générale par un chirurgien expérimenté, avec une main prudente et douce. Opération difficile et délicate car aveugle. Suivie ou non de l'examen histologique (MAC LEOR), elle sera le premier temps du traitement chirurgical.

OBS. (GERNEZ et MOULONGUET). — J. D..., 31 ans. Entrée le 13 avril 1930.

Retard de quelques jours, suivi de petites métrorragies persistantes. Au toucher, masse latéro-utérine gauche. Le diagnostic reste hésitant. On fait un curettage explorateur.

Examen histologique. Transformation en caduque de la muqueuse utérine. Pas de villosités fœtales.

Laparotomie le 19 avril. On trouve une hématoçèle enkystée avec une trompe gauche volumineuse et fissurée.

OBS. (DELBET). — D. J..., 25 ans. Entre le 15 nov. 1893. Dernières règles le 24 juin. Se croyait enceinte. A présenté à plusieurs reprises des menaces d'avortement. 26 octobre, métrorragie très abondante. Perd un gros caillot que le médecin dit être le fœtus. Un chirurgien des hôpitaux consulté parle de tumeur. Le 15 novembre, entre dans une maison de santé. Température 39°. Pouls 120. Faciès pâle, herpès labial. Ventre gros. A la palpation, tumeur dure, tendue, se laissant déprimer. Au toucher, col mou, entr'ouvert. Utérus indépendant de la tumeur, pertes teintées, sans odeur. On pense à un utérus fibromateux, hypertrophié, avec rétention placentaire. Le lendemain, même état. Pouls 110. On tente une injection intra-utérine, mais on est arrêté par le col refermé. On pense alors que l'avortement n'est pas fait.

18 novembre, même état. M. DELBET tente la dilatation, dans le but de faire un curettage, mais il trouve l'utérus vide et porte le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Laparotomie immédiate. Poche adhérente et rénitente dans le Douglas, dans laquelle on trouve du sang et un fœtus de trois mois macéré.

En résumé, le curettage explorateur, suivi ou non d'examen histologique des débris retirés reste un moyen de diagnostic très utile, mais dangereux et ne devant être manié qu'à bon escient. Il est bien entendu qu'il ne devra être pratiqué que si l'on est sûr qu'il n'y a pas de grossesse utérine encore en évolution, et nous signalerons à ce sujet les *difficultés fréquentes du diagnostic entre grossesse extra-utérine et grossesse angulaire*. C'est un diagnostic qui, au demeurant, ne sera souvent fait qu'une fois le ventre ouvert.

Enfin, nous devons signaler des cas, où, malgré le curettage le diagnostic n'est pas plus avancé après qu'avant. Il en résulte des poussées inflammatoires qui font errer le diagnostic et on laisse la malade exposée à la rupture.

OBS. (LENORMANT). — M^{me} F. L..., 32 ans. Entrée le 21 décembre 1926. Malade déjà opérée en 1925 pour grossesse extra-utérine par M. ROUX-BERGER. Envoyée dans le service du Prof. LENORMANT pour une prétendue fausse couche. Elle présente de petites pertes vaginales pour lesquelles on pratique un curettage.

A la suite de cette intervention, la malade présente une poussée inflammatoire du côté de son petit bassin, avec fièvre et empâtement péri-utérins. Au bout de quelques temps, évacuation de pus par l'anus. A partir de ce moment, la température devient normale, mais il persiste une tumeur dure dans le Douglas.

Opération le 5 mars 1927. Utérus dévié à droite par une grosse tumeur annexielle gauche qui est un hématosalpinx avec hématoécèle.

OBS. (LENORMANT). — T. V..., 21 ans. Entrée le 17 avril 1930 pour retard de règles suivi de métrorragies.

On fait le diagnostic de fausse couche et un curettage ramène quelques membranes. Les jours suivants, fièvre irrégulière et apparition d'un empâtement qui remplit le bassin, augmente assez rapidement et au

bout d'un certain temps bombe légèrement dans le Douglas, et fait une saillie très appréciable au-dessus du pubis.

On a pensé d'abord à une poussée de pelvi-péritonite, mais l'évolution est plutôt celle d'une hématoécèle.

Opération le 7 mai 1930. Médiane sous-ombilicale. Cavité péritonéale libre et grosse tumeur formée par l'utérus en avant, l'épiploon et l'intestin en arrière adhérent en un véritable diaphragme. On décolle en arrière de l'utérus et on tombe dans une cavité remplie de sang et de caillots mais dont la paroi est si lardacée qu'il est impossible de reconnaître aucun organe. Drain. Guérison.

De la lecture de toutes ces observations, nous déduirons, en résumé, la notion que le curettage dans la grossesse extra-utérine est une opération extrêmement dangereuse, en tous cas, souvent inutile et qu'en pratique, elle ne devra exister que comme conséquence d'une erreur de diagnostic. Mieux vaut s'avouer perplexe, mettre la malade en observation et s'en tenir à l'expectative armée.

Formes pseudo-salpingiennes.

Quand on est appelé auprès d'une femme pour des douleurs, des crampes dans le bas-ventre et que cette femme est pâle, qu'elle perd un peu de sang, on pense à l'extra-utérine, surtout s'il y a eu, dans les antécédents immédiats des douleurs plus vives et une tendance syncopale.

Cependant, il se peut qu'il n'y ait pas de signes d'anémie, que le toucher ne révèle pas un Douglas spécialement douloureux et qu'au contraire il fasse découvrir une masse latérale douloureuse ou un empâtement utérin. C'est un problème de tous les jours, et plein d'embûches car la confusion peut entraîner de diverses façons, la mort de la malade. Dans l'annexite, la conduite à tenir est l'expectative, dans l'ectopique, c'est l'intervention immédiate, car, si l'inondation est, au moment même, relativement peu importante et bien supportée, elle peut reprendre et mettre la patiente en danger de mort.

Sur quels signes poser le diagnostic entre extra-utérine et salpingite ?

Les antécédents sont importants : telles les petites crampes abdominales ; mais on a aussi celles-ci dans les salpingites. Les

pertes sanguines sont plus spécifiques. *Toute femme, considérée comme atteinte de salpingite et qui perd, doit être surveillée de très près et suspectée de grossesse extra-utérine, surtout si la masse annexielle est unilatérale.*

Les douleurs des annexites sont améliorées par la glace ou la chaleur. Celles des extra-utérines ne le sont pas. *Nous tiendrons donc aussi pour suspectes les salpingites qui semblent ne pas s'apaiser rapidement par la glace et le repos au lit.*

Au toucher vaginal, la sensibilité du Douglas n'est plus un test. Il en est de même pour la perception d'une tuméfaction latéro-utérine ou d'un empâtement péri-utérin. *L'unilatéralité des lésions est un bon signe* en faveur de l'extra-utérine (il est loin d'être toujours vrai, car n'oublions pas que la grossesse ectopique est fréquente chez des femmes ayant des lésions annexielles doubles). Il en est de même du fait que la masse de l'extra-utérine revue à quelques jours d'intervalle n'a pas diminué de volume, a même plutôt augmenté, et qu'elle est toujours aussi douloureuse, malgré le repos et la glace.

Signalons en passant la valeur d'un petit signe, quand il existe : le *subictère*.

Enfin, alors que le *vaccin* (propidon) agit en général rapidement sur l'annexite, il est sans effet sur l'extra-utérine.

Quant à la fièvre, l'état du ventre, le signe du Douglas, ils n'amènent pas de renseignements valables, pas plus qu'une douleur scapulaire. Toutefois celle-ci serait-elle plus fréquente dans la grossesse ectopique.

Nous devons donc encore chercher ailleurs. Depuis LILIAN-FARRAR, de nombreux auteurs ont proposé l'examen de la *formule sanguine*. LECÈNE, MONDOR l'ont utilisé. En principe, une leucocytose élevée, 15.000, 20.000 et plus, est en faveur d'une lésion suppurée, tandis qu'un *léger degré d'anémie*, 3.500.000 4.000.000, joint à une *augmentation des leucocytes*, bientôt suivie d'une chute rapide de leur nombre, seront des arguments en faveur d'une grossesse extra-utérine en voie d'hémorragie. D'après LILIAN-FARRAR, la leucocytose augmenterait en proportion du sang frais épanché, puis diminuerait rapidement.

Nous insisterons donc, là encore sur l'utilité des numérations globulaires en série et sur l'étude de la courbe des globules rouges et blancs, beaucoup plus que sur un résultat isolé.

Cette fluctuation leucocytaire, jointe à une température normale, ou modérément élevée, différencie l'épanchement abdominal de la grossesse extra-utérine des salpingites.

D'après MONDOR, on pourrait schématiser ainsi les deux situations :

- a) *Grossesse extra-utérine = Température modérée + leucocytose oscillante ;*
- b) *Salpingite aiguë suppurée = Température oscillante + leucocytose uniformément élevée.*

Enfin une leucocytose constamment croissante avec anémie progressive indiquerait la continuation du saignement.

En réalité, les réponses sont assez incertaines et ne méritent pas d'être prise à la lettre. Ce que nous venons de dire de la numération dans les salpingites est vrai pour un pyosalpinx aigu, mais combien y a-t-il de petites annexites subaiguës, presque apyrétiques, pour lesquelles la leucocytose est modérée et vite décroissante par le repos et la glace.

De plus, si nous avons fait à notre malade du propidon, tous les résultats sont complètement faussés et n'ont plus de valeur.

Au total, un seul signe ne satisfait pleinement. C'est sur l'analyse d'un ensemble de faits qu'il faut juger.

Nous reviendrons plus loin sur les dangers du toucher et des manœuvres intra-vaginales dans la grossesse extra-utérine, mais l'observation de MONDOR, où le « spécialiste » creva bel et bien cette prétendue salpingite, nous amène à parler ici *des causes d'erreur et d'accalmie traîtresse dans ces formes pseudo-salpingiennes, par disparition de la masse au toucher vaginal*. Certes, une masse annexielle peut remonter, et tout le monde sait qu'en matière de gynécologie les touchers se suivent et ne se ressemblent pas. Mais gardons-nous bien de déclarer guérie et de laisser partir à la légère notre malade, sous le prétexte qu'on ne lui trouve plus rien au toucher.

OBS. — Un interne passant sa visite touche une femme qui était dans la salle depuis plusieurs jours pour une masse annexielle sur la nature de laquelle on hésitait. L'examen ce matin-là, fut absolument négatif, et la pancarte fut signée en vue de départ, quand le Dr M..., passant devant

le lit quelques instants plus tard, fut frappé par la pâleur de la malade. Opérée immédiatement elle avait une inondation péritonéale. On ne sentait plus la masse annexielle parce qu'elle était rompue. Cette rupture se fit, sans doute en plusieurs temps, et c'est au moment d'une accalmie que l'interne avait pratiqué son examen rassurant, et permis, de bonne foi, le départ de la malade.

ÉTUDE CRITIQUE DES SYMPTOMES DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE EN IMMINENCE DE RUPTURE

Bien que n'ayant pas étudié toutes les formes possibles de la rupture de grossesse extra-utérine, nous pouvons déjà nous rendre compte de la variété des symptômes et des tableaux cliniques. La grossesse extra-utérine et ses complications est peut-être l'affection abdominale pour laquelle on trouve le plus cette diversité d'aspects.

Les formes frustes et les formes trompeuses, atypiques sont légion, on pourrait presque dire qu'un tableau descriptif d'ensemble est impossible, et que si nous mettons à part l'inondation cataclysmique ce ne sont plus que des symptômes isolés qu'il nous faut enregistrer et discuter.

Tout d'abord, un élément de diagnostic très important nous est fourni par l'interrogatoire.

RETARD DES RÈGLES.

PINARD disait : « *La femme enceinte n'est pas plus réglée en cas de grossesse ectopique, que dans la grossesse normale. Ses hémorragies diffèrent toujours des hémorragies cataméniales par leur défaut de périodicité, aussi bien que par la qualité et la quantité du sang perdu.* »

« Ce ne sont pas les règles ordinaires, disait PAJOT. Elles sont modifiées dans leur qualité, leur quantité, leur apparition, leur durée. »

Dans un travail de LENORMANT et HARTMANN-KLIPPEL, on trouve quatre cas où la rupture est très précoce et survient avant la fin du premier mois, avant toute modification des règles.

D'autres fois, les règles semblent avoir été peu modifiées, moins abondantes, ou encore semblent être venues normalement mais furent prolongées.

Parfois, après un retard plus ou moins marqué, la femme a eu une perte de sang plus ou moins importante et tout est rentré dans l'ordre. On parle d'une petite fausse couche, on ne pratique même pas le toucher, tant les symptômes paraissent bénins. Huit jours après, comme dans une observation de METZGER, on trouve la malade évanouie dans son lit. Nous avons vu que s'il y avait un diagnostic à ne pas faire porter ainsi à la légère, c'était bien celui d'une fausse couche. Les pires catastrophes peuvent en résulter.

MÉTRORRAGIES.

La plupart du temps, après ce retard, la malade a présenté des pertes, qui ne se sont pas arrêtées, et le signe dominant est alors la métrorragie, de caractère variable, souvent perte peu abondante, mais continue, qu'elle soit de sang rouge, ou plus souvent de sang un peu noir, couleur sépia. C'est ce que Pozzi appelait la *métrorragie distillante*.

Nous voyons donc combien seront diverses et déroutantes les réponses des malades. Telle aura eu un retard, telle autre « sera dans le sang continuellement », telle autre aura « fait une fausse couche ». Bien peu affirmeront une suppression des règles. On conçoit toutes les difficultés de l'interrogatoire sur ce chapitre.

SYNCOPES.

Mais il est un symptôme qui se manifeste tôt, et qui, si l'on sait le rechercher, manque rarement. C'est l'état syncopal.

« Toute femme qui présente un début de grossesse avec des syncopes doit être suspectée de grossesse extra-utérine. »

C'est le corollaire de ce que nous disions plus haut, à savoir qu'il est très difficile de dire à partir de quand une femme a commencé à saigner dans son péritoine et que l'hémorragie interne en plusieurs temps, par fissurations successives est très fréquente.

Sans doute, cet aphorisme est-il trop absolu, mais il incite à se méfier.

En tous cas, la notion de syncopes, ou même plus simplement de *vertiges*, d'*éblouissements*, de *mouches devant les yeux*, *accompagnant ou non une douleur pelvienne*, une « *colique*, » une « *crampe* » aura une grosse valeur prémonitoire.

PALEUR.

Il est à noter aussi que les syncopes s'accompagnent d'une pâleur qui persiste.

Au reste, cette pâleur et cet état syncopal ne sont pas toujours en rapport avec une hémorragie interne très importante.

Nous aurons l'occasion de revenir sur la discordance des signes généraux d'hémorragie interne et l'importance de cette hémorragie. Signalons simplement le fait pour l'instant.

En tous cas, syncope et pâleur sont à retenir et constituent un avertissement sérieux.

POULS.

On s'attend, chez cette femme qui saigne, qui a des syncopes, qui est pâle, à trouver un pouls misérable. Méfions-nous aussi de ce préjugé, et n'allons pas attendre ce symptôme pour faire un diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Tout comme la pâleur et les syncopes, il n'est nullement en rapport avec la quantité de sang épanché. Souvent même il est paradoxal. Dans les observations que nous avons citées, il était parfait, malgré du sang dans le ventre. Il est possible que, d'abord rapide au moment de la rupture, il se calme ensuite.

Nous lisons dans une observation de PAQUET :

« Le pouls, qui était à 140 au début de l'examen, était tombé à 96 quelques minutes plus tard, puis, les jours suivants, descend à 86 et y reste. » Mais au cours d'un deuxième examen, l'auteur assiste à des accidents aigus de nouvelle hémorragie interne, malgré cela le pouls reste régulier et bien frappé, à 86.

Dans d'autres observations, on lit :

« Pâleur... Pouls 80... »

ou bien... « Syncope, pâleur... Pouls petit, mais pas très rapide »

LENORMANT indique comme symptôme : « Pouls faible, mais pas toujours très rapide ».

Nous insisterons sur le fait qu'il est même souvent très bien frappé.

Une malade, opérée récemment par notre collègue BELETRE, dans le service du Dr LABEY, avait, entre deux crises, un pouls à 70, une tension artérielle à 12/8, un état général parfait. Ce pouls paradoxal nous explique la temporisation fréquente. On attend souvent d'avoir la main forcée. En tous cas, ce qu'on ne pense pas, bien souvent à rechercher : c'est l'instabilité de ce pouls, qu'on juge trop vite rassurant. Faisons seulement asseoir la malade sur son lit et son pouls s'effondre et devient misérable. Sa force et sa régularité ne sont qu'apparentes. Au moindre effort, à la moindre émotion, il s'affaisse et trahit son collapsus.

DOULEURS.

Absence de règles, métrorragies possibles, état syncopal, pâleur, instabilité du pouls, nous ont donc incité à nous méfier de la grossesse extra-utérine en voie de rupture. Nous y penserons, à plus forte raison, si cette femme souffre.

« Quant, au début d'une grossesse, la femme présente des douleurs abdominales, surtout dans le bas-ventre, il faut songer à une grossesse extra-utérine. Une grossesse normale n'est pas douloureuse. »

Sans tomber dans le cas de JACQUIN, où la malade fait une fausse couche, tandis qu'on la prépare pour une laparotomie, nous tiendrons toujours pour suspectes d'ectopique ces femmes qui, outre les signes déjà mentionnés se plaignent de « coliques », de « douleurs de reins », « comme des douleurs de règles », ou encore qui accusent une certaine irritabilité vésicale. Nous ferons attention aux douleurs, de siège atypique, aux aines, aux cuisses, et surtout nous nous rappellerons la *fréquence des douleurs élevées*.

Cette douleur élevée, qu'on appelle encore signe de LAFFONT, mérite qu'on la souligne. Elle fut étudiée par LAFFONT dès 1919, et son importance fut soulignée en 1924 dans un mémoire du même auteur, paru dans la *Presse médicale*.

D'autres se sont joints à lui. LAGROT en rapporte cinq nouveaux cas, SCHEBAT et EZES, deux cas, LAFFONT et EZES trois cas. SABATIER (Thèse Paris, 1925) en collectionne de nombreux exemples.

A noter qu'avant LAFFONT, GUINARD avait déjà constaté ces douleurs élevées dès 1910. D'autre part, ce signe a déjà été retrouvé en Allemagne par OCKLICKE et HERZFELD en 1923, par BACKSCHT en 1929. Ce dernier, qui l'a recherché dans cinquante cas d'inondation l'aurait trouvé 10 fois, et l'auteur conclut :

« Si l'anamnèse et l'examen ne donnent pas de points de repère suffisants pour le diagnostic, ce symptôme fournit alors des indications de valeur. »

Avec LAFFONT, il faut appeler cette *douleur élevée et tardive*.

Elle est élevée parce qu'elle siège dans l'étage sus-ombilical. Nous trouvons alors toutes les variétés de localisation.

Elle peut être abdominale, épigastrique, rarement comparable à celle de la perforation d'ulcère avec sa contracture. Plus souvent elle sera vésiculaire, pouvant faire penser à une cholécystite, pour peu qu'elle soit tenace, constante, accompagnée de vomissements et de gêne respiratoire, surtout si la femme a des antécédents biliaires.

Cette douleur peut être thoraco-abdominale, lombo-costale. Pourquoi n'égarerait-elle pas le diagnostic vers une colique néphrétique ? d'autant qu'une douleur pelvienne surajoutée n'infirmes en rien ce diagnostic. Combien est utile dans ce cas, le toucher vaginal.

Enfin les douleurs peuvent être thoraciques pures, simulant un point de côté pleural, et même scapulaires, acrominales, sous-acrominales, claviculaires, sous-épineuses, sus-épineuses, véritables névralgies phréniques parfois.

Nous concevons alors toutes les erreurs possibles, si cette douleur est isolée et si on méconnaît le toucher.

Elle est tardive, parce qu'elle succède toujours à la douleur pelvienne. Entre l'apparition de cette douleur élevée et celle de la douleur pelvienne, on peut trouver des écarts de temps variables de quelques minutes à quelques heures.

D'après LAFFONT, elle serait fréquente si on prend soin de la rechercher. Pour lui, on la trouverait dans une proportion de

25 à 30 % des cas. IONESCO, de Bucarest, l'a recherchée systématiquement et trouvée 7 fois sur 11.

MONDOR écrit : « La douleur élevée n'est ni un signe nouveau, ni un signe de grossesse extra-utérine. D'autre part, son étude attentive exige qu'on ne mette pas sur le même plan la douleur épigastrique et la douleur deltoïdienne, ni même la douleur dorsale, interscapulaire, la douleur acrominale, claviculaire, sus ou sous-épineuse. »

Nous nous rangerons à cet avis, car la douleur épigastrique n'a, par elle-même, rien de bien caractéristique. Elle n'est jamais assez typique, et les symptômes autres de grossesse extra-utérine et d'inondation péritonéale ne sont jamais effacés au point de faire songer à une affection de l'étage sus-mésocolique, à l'exception de toute autre affection. Il n'en est pas de même des douleurs de l'épaule.

Une malade de MATHIEU et GUIBAL était venue à l'hôpital pour une douleur si intense qu'elle portait, au point douloureux, de l'ouate thermogène. Cette douleur avait fait songer, avant tout, à une affection hépatique, affection où l'on peut temporiser et instituer un traitement médical.

Quand ces irradiations, d'apparence paradoxale, se trouvent dans un cas typique de rupture d'extra-utérine, il n'y a pas grande importance à les méconnaître. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Il existe en effet d'autres cas beaucoup plus troublants, que le médecin ne voit que bien après les accidents initiaux, un jour quelquefois deux ou trois après le début de la douleur pelvienne. L'état général a pu se relever et l'attention est alors uniquement attirée par des signes de douleur élevée. Si le diagnostic de rupture de grossesse tubaire n'est pas fait, mais ébauché, la présence du signe de LAFFONT viendra le signer, d'autant plus qu'à ce stade la douleur pelvienne se sera bien atténuée.

Le signe de LAFFONT, la localisation au moignon de l'épaule en particulier, prend une importance capitale chez certaines malades ayant peu souffert au début des accidents. Il a alors une valeur pronostique capitale. Il indique que l'épanchement a atteint l'étiage du diaphragme. Ce sont des malades qu'il faut opérer immédiatement. Chez de tels sujets, la séreuse a mollement réagi à l'irruption de sang. Il n'y a pas eu de violente dou-

leur pelvienne, pas de vomissements, pas de syncope, leur cavité péritonéale s'est laissée progressivement remplir, la malade a seulement pâli un peu et le pouls s'est accéléré légèrement. On n'a pas pensé tout de suite à l'inondation, le *signe de LAFFONT* heureusement est le signal d'alarme. C'est une indication opératoire formelle.

LE TOUCHER.

Et si les signes généraux et fonctionnels sont aussi incertains et variables, que dire des signes physiques ? Nous voulons parler du toucher vaginal.

Nous avons assez insisté sur cet examen pour n'y plus revenir.

Souvenons-nous seulement de la *relative fréquence des inondations cataclysmiques constatés après un touchée « rassurant » et même affirmatif quant à l'inexistence d'une gestation ectopique.*

Ainsi tous les signes de grossesse extra-utérine en voie de rupture prêtent à discussion, et peuvent induire en erreur. Il faut savoir les grouper, et les interpréter et nous terminerons cette étude des formes trompeuses de la grossesse extra-utérine par cet adage, qui, à première vue, peut faire sourire par son apparente banalité, mais dont nous venons de voir, tout au long de cette étude, la vérité : « *L'essentiel dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine, c'est d'abord d'y penser. On n'y pense jamais assez.* »

On peut affirmer que toutes les fois qu'on se laisse prendre, c'est parce qu'on n'y a pas pensé. Mais si, par une analyse minutieuse des moindres petits troubles de la malade, par un interrogatoire serré, par un toucher attentif et judicieux, nous sommes arrivés à bâtir un diagnostic de grossesse ectopique en voie ou en imminence de rupture, étayé au besoin sur une numération globulaire et une ponction du Douglas, nous aurons la satisfaction d'intervenir au seuil de la catastrophe.

Nous le répétons : l'accalmie traîtresse en matière de rupture de grossesse extra-utérine n'existe pas. S'il y a quelquefois accalmie, elle n'est jamais traîtresse, car il y a eu et il y a encore assez de signes pour entraîner la décision d'urgence. Ce que nous avons voulu surtout montrer, ce sont les états de prérupture riches en erreurs de diagnostic, et en danger de temporisation, mais états qu'il faut s'efforcer de dépister, avant le drame cataclysmique et cela en pensant toujours à la grossesse ectopique.

L'accalmie traîtresse des contusions de l'abdomen.

C'est dans les contusions de l'abdomen que nous allons rencontrer dans toute sa pureté, et avec la plus grande fréquence le phénomène de l'accalmie traîtresse. C'est là que nous allons pouvoir parler véritablement d'*intervalle libre*, au même titre que pour les blessés du crâne et que nous allons rencontrer des hémorragies et des péritonites secondaires, apparues après des traumatismes bénins, voire même oubliés, et cela sans que nous ayons à nous reprocher aucune insuffisance d'examen.

Aussi, dès ce préambule, tenons-nous à annoncer et à mettre en valeur la notion primordiale de la nécessité absolue de revoir à plusieurs reprises et de ne pas perdre de vue, pendant les premiers jours, tout contusionné de l'abdomen, même si la blessure fut bénigne et si rassurant que puisse paraître son état au moment de l'accident.

Il s'agit en effet d'un problème d'urgence quotidien. Doit-on laisser repartir le blessé ? Y a-t-il probabilité de lésion viscérale ? Quel genre de lésion viscérale ? Doit-on intervenir et quand faut-il intervenir ? Telles sont les questions qui se posent et qu'il faut savoir résoudre.

Rappelons, sans y insister, les différents temps d'examen d'un ventre contus.

Tout d'abord, notre blessé peut être, à l'arrivée, *en état de shock*, c'est-à-dire présentant ce misérable tableau d'affaissement et de collapsus avec pâleur, pouls petit, filant, respiration courte et superficielle, défense et gémissements au moindre

palper de l'abdomen. Nous savons que cet état ne veut rien dire. Il faut d'abord le traiter. D'autres fois, ce shock est inexistant ou fut très fugace. Mais des symptômes initiaux rassurants, même s'il s'agit d'un blessé parfaitement lucide, venu à pied, n'ont pas plus de valeur en faveur de l'inexistence d'une lésion viscérale.

Quoi qu'il en soit, nous allons nous enquérir soit par l'interrogatoire du contusionné, soit par celui de son entourage, des circonstances de l'accident.

Nous demanderons l'heure du traumatisme, son rapport horaire avec un repas, la nature de l'agent traumatisant, la position du blessé et la direction de la force.

Nous saurons si, depuis l'accident, sont apparus des douleurs, des vomissements, une selle, des gaz, une émission d'urine, s'il y a eu syncope. Une fois l'état de shock dissipé, un examen minutieux s'impose. Il portera sur le siège du traumatisme, la douleur provoquée, la contracture pariétale possible, la sonorité pré-hépatique, le faciès, les muqueuses, la chaleur des extrémités, la dyspnée, l'agitation, le pouls, la tension artérielle, la température. Accessoirement on pratiquera un cathétérisme urétral, le toucher, un examen radiologique.

Cet examen étant terminé, il y a des cas où la conduite à tenir ne se discute pas, où la pâleur, le pouls, la matité abdominale ne laissent aucun doute sur l'abondance de l'hémorragie intra-péritonéale.

Mais ces cas, d'une clinique élémentaire ne sont pas la règle. Bien souvent le blessé se recolore et se réchauffe, tandis que l'état de shock se dissipe, ou bien ce tableau initial fut absent, on serait tenté de relâcher la surveillance. Cependant il faut savoir que rien n'est plus traître que ces accalmies, ou intervalles libres. *Parmi ces blessés qui semblent hors de danger, il en est beaucoup qu'il va falloir opérer d'urgence.*

En pratique, nous aurons à envisager deux éventualités cliniques : l'hémorragie retardée et la péritonite secondaire. Anatomiquement, elles s'expliquent par trois ordres de lésions :

La rupture d'un organe plein : foie ou rate ;

La perforation intestinale couverte ou incomplète d'emblée avec chute secondaire de l'escarre ou désobturation ;

La *plaie* ou la *désinsertion du mésentère*, rarement facteurs d'hémorragie secondaire, plus souvent de sphacèle intestinal.

Nous nous proposons donc de faire deux chapitres :

1° l'*hémorragie retardée*;

2° la *péritonite secondaire*.

Ce qui revient à étudier :

1° *Les ruptures d'organes pleins* : rate ou foie, en faisant une place à part aux ruptures du pancréas, qui donnent lieu à un syndrome un peu différent.

2° *Les perforations d'organes creux* : estomac, duodénum, intestin, côlon, chapitre auquel nous rattacherons les désinsertions mésentériques.

LES HÉMORRAGIES RETARDÉES PAR RUPTURES D'ORGANES PLEINS

Les ruptures de la rate avec intervalle libre.

La rupture de la rate imposant immédiatement ses symptômes d'hémorragie interne dans les heures qui suivent l'accident même après une éclaircie succédant au shock des premiers instants — et qu'il ne faut pas appeler accalmie — est loin d'être la règle. Tout le monde sait maintenant, depuis les travaux nombreux parus sur la question et les discussions fréquentes soutenues à la Société de Chirurgie au cours de ces dernières années, que les ruptures de la rate peuvent présenter un intervalle libre, trompeur, avec lequel on doit savoir compter. Il nous paraît intéressant d'insister encore sur cette question et d'essayer de montrer :

- 1° *La variabilité de la durée de cet intervalle libre ;*
- 2° *La brusquerie, disons la trahison avec laquelle les accidents graves peuvent se précipiter si on ne les a pas prévenus.*
- 3° *Les symptômes initiaux ou les commémoratifs d'accidents qui doivent faire surveiller tel blessé plus que tel autre ;*
- 4° *L'existence d'intervalles libres muets, au moins en apparence et particulièrement dangereux ;*
- 5° *Ceux où il persiste des symptômes et la valeur qu'il faut attribuer à chacun d'eux ;*
- 6° *Enfin nous verrons, à la faveur des constatations opératoires ou nécropsiques comment expliquer cette accalmie traîtresse.*

1^{re} DURÉE DE LA PÉRIODE DE LATENCE.

PATUET rapporte une belle observation où des accidents de la 32^e heure nécessitent l'intervention.

Un blessé d'Auray dort tranquillement toute la nuit qui suit l'accident et ne présente rien d'anormal jusqu'au lendemain soir. Celui de Devaux présente après l'accident une amélioration rassurante de 24 heures, celui de Soupault de 36 heures. Ces limites, entre 24 heures et trois jours, sont les plus fréquentes.

Mais il faut signaler des intervalles libres plus longs.

Le jeune blessé de Rouhier jouait, le 7^e jour dans le jardin de l'hôpital, quand il fit ses accidents. PATEL rapporte un cas de 9 jours. COLLISIER et FOLLY de 10 jours. Une observation de CHAMMEL cite 15 jours. Un opéré de Rouhier fut pris de faiblesse le 17^e jour, dans le jardin de Boucicaut, et celui de Cadenat attend du 26 avril au 31 mai pour être opéré d'urgence. Enfin MORWA cite un cas plus contestable de 18 mois.

Ceci nous montre qu'il ne faut pas, *a priori*, rejeter le diagnostic de rupture de la rate, parce que l'accident est déjà éloigné, parfois même oublié.

Rappelons en passant qu'on ne saurait jamais trop se méfier d'une rupture de la rate avec signes tardifs, après un *traumatisme thoracique inférieur gauche*, qui aurait pris, au début toute l'attention.

2^o BRUSQUERIE DES ACCIDENTS GRAVES.

Y penser toujours, et y penser longtemps, ne pas porter de pronostic trop vite rassurant, et faire toujours des réserves, voilà une première précaution qui pourrait éviter bien des surprises dramatiques.

Un malade franchit le seuil de l'hôpital 15 jours après le traumatisme et meurt subitement dans la rue (CHAMMEL, 1863).

Un autre, autorisé à se lever, joue dans le jardin et est pris soudain de douleur atroce à gauche, avec syncope (ROUHIER, 1914).

C'est aussi, en se promenant dans les jardins de l'hôpital que le malade de ROUHIER fait sa syncope.

Celui-ci fait des efforts pour aller à la selle dix jours après sa chute sur le côté gauche. Syncope et mort en quelques minutes (PETRIDIS, 1921).

Cet autre, en jouant au tennis, huit jours après un coup de pied reçu au foot-ball et oublié, est pris de violentes douleurs, avec syncope, contracture... (LEMPRIÈRE, 1923).

Un homme de 30 ans reçoit un coup de pied de cheval. Aucun symptôme abdominal. Se levant trois jours après et jouant avec ses enfants, il meurt. Rate rompue en trois fragments (BURGER, 1926).

3^o LES COMMÉMORATIFS DE L'ACCIDENT.

Il est certain qu'un coup directement porté sur l'hypocondre gauche doit faire immédiatement penser à la rate et surveiller le blessé dans ce sens. Nous ne saurions trop nous méfier aussi des contusions de la base du thorax gauche. Ne pas penser à la possibilité d'une lésion abdominale associée, et en particulier à la contusion splénique, serait une faute lourde.

Mais, même porté en un point quelconque de l'abdomen, un traumatisme peut rompre la rate (DURLABH).

« Le coup porté sur l'abdomen, dit POTHERAT, l'émotion qui l'accompagne, déterminent une vive et subite contraction de toute la ceinture abdominale, y compris le diaphragme et le plancher pelvien. Le sang, sous cette poussée venue du dehors, s'accumule dans les vaisseaux, et plus encore dans un organe comme la rate, véritable éponge vasculaire. Il s'y accumule sous une pression assez forte pour provoquer une rupture de tissu splénique si friable et même de la capsule de l'organe, assez mince d'elle-même et peu résistante. »

Si un *traumatisme important*, appuyé ou non, tel qu'un écrasement par roue de voiture, un coup de pied de cheval, la chute sur une borne, sur une bille de bois, peut déterminer une rupture de la rate, il n'en est pas moins vrai qu'un choc minime peut en être responsable et ceci est vrai pour toutes les contusions de l'abdomen. Il faut savoir que les *circonstances en apparence les plus insignifiantes et les plus saugrenues* peuvent être responsables d'accidents très graves. MONDOR cite, dans son livre, des cas de mort pour s'être cogné sur un angle de billard, pour avoir

heurté le dos d'un camarade en jouant à saute-mouton. OLRY et PICARD rapportent le cas d'un ouvrier d'usine qui se rompt la rate en faisant un simple effort pour pousser un wagonnet.

4° L'ÉTAT ANTÉRIEUR DE L'ORGANE.

C'est ici qu'il faut faire intervenir la notion d'une lésion antérieure de l'organe l'ayant fragilisé et l'ayant rendu, en l'hypertrophiant, plus vulnérable. C'est le cas des *rates alcooliques* et DE QUERVAIN nous cite le cas de cette ivrognesse trouvée morte un matin dans son lit avec trois litres de sang dans son ventre, « parce que son mari l'avait rossée la veille, sans plus d'éclat que d'habitude ». C'est aussi surtout le cas des *rates paludéennes*.

Le blessé d'OLRY était impaludé, de même celui de GRIMAULT (d'Algrange) qui fut à peine touché par un bloc de fonte de 20 kgr.

Enfin rappelons l'histoire « de l'épouse fouettée avec un rameau d'olivier » et qui meurt d'une rupture de la rate (MONDOR).

5° LES SYMPTÔMES INITIAUX.

Dès la phase du début, on peut retrouver, par l'examen ou l'interrogatoire, des symptômes d'alarme en faveur de l'hypothèse d'une rupture de la rate.

Nous passerons sur l'état de shock initial. Nous avons dit qu'il était banal, commun à tous les traumatismes de l'abdomen et ne signifiait rien.

La syncope immédiate, la pâleur, l'affaiblissement et la rapidité du pouls, le refroidissement n'ont rien de pathognomonique à cette période. Il faut un certain temps, après un traitement général du shock pour juger l'étendue des dégâts intra-abdominaux.

Certains blessés ne présentent même pas cette période initiale impressionnante et les observations sont nombreuses où l'on voit le traumatisé, après un malaise fugace, rentrer à pied chez lui et mener une vie normale dans les heures et même les jours qui suivent l'accident.

Nous attacherons cependant une valeur capitale à la *syncope*

retardée, séparée par un intervalle libre de plusieurs minutes, ou de plusieurs heures, du traumatisme abdominal.

« La syncope non immédiate, celle qui survient quelques minutes après l'accident, surtout si le choc a porté sur l'hypocondre gauche, est un signe pathognomonique de rupture de la rate. Elle veut dire que la rate rompue commence à saigner. Elle constitue, à mon sens une indication opératoire formelle » (J. QUÉNU).

Ces syncopes sont-elles successives, c'est un signe encore plus fidèle. « Elles sont pathognomoniques au même titre que les syncopes associées à un retard de règles pour le diagnostic de la rupture de grossesse extra-utérine » (MORWA).

Les autres symptômes : douleur, contracture, modifications du pouls, demandent déjà un certain recul. On ne peut en tirer de déductions à un premier examen. Il importe maintenant de revoir le blessé d'heure en heure, car nous allons entrer dans la période de latence traîtresse. Mais là encore cet adjectif doit disparaître de plus en plus devant une clinique sûre.

6^o LES INTERVALLES LIBRES MUETS.

Gardons-nous toujours d'un premier pronostic trop vite rassurant en matière de traumatisme abdominal. Dans 35 à 40 % des cas, le blessé a repris immédiatement ses occupations. On n'a constaté que des phénomènes banaux, qui ont été portés au compte de l'émotivité ou de la pusillanimité et ce n'est que plusieurs jours après qu'on voit éclater les incidents dramatiques.

MORWA a établi une statistique dans laquelle on rencontre le silence absolu dans 54 % des cas.

Ce mutisme abdominal est particulièrement surprenant. C'est la véritable « accalmie traîtresse ».

OBS. (ROUHIER). — Je suis appelé une nuit, à Boucicaut, auprès d'un jeune homme qui avait été victime d'un gros accident. Il avait des contusions multiples en plusieurs points du corps et principalement sur l'abdomen, mais celles-ci paraissaient discrètes. Il ne s'en plaignait nullement. Il n'y avait aucune contracture, aucun signe d'hémorragie interne.

Par contre, il y avait une fracture ouverte du coude, pour laquelle je dus faire immédiatement une résection. Les jours suivants, amélioration. Se lève et se promène dans les jardins. Le 17^e jour : faiblesse subite. On m'appelle. Je trouve le malade en état d'hémorragie interne profuse. Je fis une laparotomie médiane, rien ne m'orientant vers la rate plus qu'au début. Rate petite, éclatée en étoile, voilée d'une mince couche de caillots anciens en voie d'organisation sur sa face externe.

En un point, vers le centre de l'étoile, le caillot ancien avait sauté.

OBS. (D'ALLAINES). — Jean C..., 25 ans, charretier, 22 février, tombe à plat ventre sur une barre de fer. Le choc porte sur toute la moitié supérieure de l'abdomen. Etourdi pendant cinq minutes, sans même perdre connaissance, il reprend son travail pendant le reste de la journée, et, durant toute la journée du lendemain sans gêne, sans fatigue et sans douleur, exerce son métier de charretier.

Le 2^e jour au soir, il est pris, après le repas, d'une violente douleur épigastrique qui l'oblige à se coucher. Il souffre toute la nuit, est très pâle et présente des lipothymies.

Les deux jours suivants, il reste alité sans forces, souffrant toujours à gauche.

Le 3^e jour, apparition d'un ictère qui va en augmentant.

Le 5^e jour, le blessé arrive à l'hôpital. Il est franchement ictérique. Température 38°5. Pouls 130 bien frappé. Douleur spontanée, diffuse à tout l'abdomen, mais prédominant à gauche. A un vomissement bilieux. Rythme respiratoire accéléré. Toute respiration ample augmente la douleur.

Contracture nette de l'hypocondre gauche. Défense légère de tout le reste de l'abdomen. Matité sus-pubienne et de la fosse iliaque gauche.

A noter que le blessé est un ancien paludéen, ayant fait son service militaire au Maroc. L'intervention montre une rate éclatée en trois morceaux, libres dans l'abdomen.

Ces deux observations sont typiques par leur latence et par leur mutisme absolu, dans la période intermédiaire, mais il y a lieu de se demander si vraiment l'examen fut bien complet. N'oublions pas que, dans le premier cas, le blessé avait une plaie articulaire, qui retenait au début toute l'attention. Le second, charretier, sans doute très dur pour lui-même, n'a pas été exa-

miné tout de suite. D'ailleurs, il fut pris le 2^e jour de douleurs et de lipothymies. Si bien que *les accalmies, sans symptômes, avec silence absolu, ne sont peut-être pas aussi fréquentes qu'on veut bien le dire*. N'y aurait-il pas là encore insuffisance d'examen, ou méconnaissance de signes isolés, qu'on n'a pas su mettre en valeur et interpréter ?

Lisons d'autres observations, jamais l'absence de symptômes ne fut totale. L'un avait une température qui restait à 38°. L'autre conservait une douleur de l'hypocondre gauche. Celui-ci gardait une contracture. Celui-là une matité suspecte.

Il nous semble donc maintenant intéressant d'insister sur les symptômes qui, au cours de la période dite de latence, peuvent et doivent faire penser à la rate. Sans doute allons-nous encore trouver que l'accalmie traîtresse, si facilement invoquée, est beaucoup plus exceptionnelle qu'on aurait tendance à le dire.

7^o LES SYMPTOMES SUSPECTS DE LA PÉRIODE DITE DE LATENCE.

Ne nous attendons pas à un tableau d'ensemble. C'est sur des signes isolés qu'il nous faudra baser notre conviction.

Aucun signe n'est pathognomonique, aucun ne satisfait pleinement. C'est sur quelques faits isolés que nous bâtirons une hypothèse, c'est sur un ensemble de données, non pas alarmantes, mais seulement inquiétantes que nous interviendrons. Mieux vaudra, d'ailleurs, une petite incision exploratrice, devrait-elle être inutile, que d'attendre le grand tableau de pâleur, petitesse et accélération du pouls, refroidissement des extrémités, toujours trop tardif. Son absence ne signifie en rien que la rate soit indemne. Il importe d'agir avant son apparition.

La douleur. — Méfions-nous des blessés qui continuent à souffrir. La douleur est sans doute moins aiguë que dans les premiers moments après le traumatisme, mais elle existe toujours. C'est un endolorissement continu et sourd au niveau de l'hypocondre gauche et des fausses-côtes. *Elle ne se calme pas par le repos*, au contraire, parfois le décubitus dorsal est impossible et le blessé doit rester assis.

Cette douleur a des irradiations soit lombaires, soit surtout scapulaires gauches et à la pointe de l'omoplate. Nous ne saurions trop insister sur la *valeur de cette irradiation à l'épaule*.

METCALFE et FLECHTER vont même jusqu'à écrire, avec la rigueur d'une équation algébrique : « *Douleur de l'épaule gauche, + signes d'hémorragie interne = rupture de la rate.* »

Quant à la *douleur provoquée*, elle a moins de valeur et est plus discutable, en raison de la contusion pariétale. Toutefois, sa localisation précise, à plusieurs examens tandis que les signes de contusion superficielle s'estompent est encore un précieux argument.

« Ventre souple, mais sensible à la pression dans l'hypocondre gauche... » (obs. CADENAT).

« Le blessé dort, mais il est couché sur le flanc gauche, plié en chien de fusil, et la palpation de l'abdomen autour de l'ombilic provoque des gémissements... » (SOUPAULT).

Le blessé de d'ALLAINES, précédemment cité, qui dut faire une rupture avec hémorragie en plusieurs temps, avait après sa seconde alerte, une douleur spontanée, diffuse à tout l'abdomen, mais prédominant à gauche.

La contracture. — Elle a une grande importance. Elle apparaît de bonne heure et fait suite à la période de shock.

Elle serait la traduction de l'irritation mécanique et chimique du péritoine pariétal pour TRENDLENBURG, de la rupture d'un organe pour d'autres, de l'infection seulement pour LECÈNE qui dit : « La vraie et authentique contracture réflexe de la paroi abdominale n'existe pas habituellement dans les hémorragies internes... »

CADENAT soutient aussi cette thèse qu'un épanchement sanguin abdominal ne donne pas de contracture, tandis que DUVAL fait remarquer que, dans deux cas de grossesse tubaire, ses assistants ont constaté le ventre de bois, alors que le sang était stérile. Nous-même avons opéré récemment une inondation péritonéale par rupture de grossesse angulaire : la malade présentait un ventre de bois tel que nous étions d'accord avec le chirurgien de garde, pour diagnostiquer un pyosalpinx rompu.

Si nous avons ouvert cette parenthèse sur la contracture

abdominale, c'est pour bien affirmer qu'elle n'appartient pas qu'aux péritonites et que nous avons là, dans tous les traumatismes un excellent renseignement, venant à l'appui du dogme que HARTMANN proclamait dès 1901 à la Société de Chirurgie :

« En présence d'une contusion de l'abdomen, en l'absence de tout autre symptôme, l'existence d'une contracture de la paroi, non limitée au point contus, devient l'indication de laparotomie immédiate. »

« ...Non limitée au point contus... » voilà bien la restriction qu'il faut souligner.

Il s'agit souvent de nuances, basées sur des examens répétés. En tous cas, on n'aura jamais à se repentir d'une laparotomie, et mieux vaut, en cas de doute, pécher par excès.

Quoi qu'il en soit, la contracture apparaît avant les signes cliniques d'hémorragie et qu'elle traduise ou non la présence d'un épanchement dans la cavité péritonéale, elle a une grosse valeur pour le diagnostic, quand elle existe.

Car il faut bien reconnaître, avec QUÉNU, qu'elle est loin d'être un signe constant dans les ruptures de la rate et que dans la moitié des cas, dit-il, on peut avoir un ventre souple. Un épanchement important peut se développer sans que la paroi présente à la main qui la palpe, cette rigidité sur laquelle le Professeur HARTMANN a si justement insisté.

Au total : *il s'agit d'un signe excellent, mais dont l'absence ne doit pas désarmer le chirurgien.*

« L'état général est parfait, le pouls bat à 70, lit-on dans une observation de FIOLE, et en dehors d'une douleur modérée et d'une défense musculaire au niveau de la contusion, rien n'attire l'attention... Le lendemain matin, l'amélioration s'est encore accentuée, seule persiste une défense musculaire à gauche. Mais le soir, c'est-à-dire 24 heures après l'accident, le blessé ressent une douleur profonde, irradiée de l'hypocondre vers la fosse iliaque. Son aspect a changé, son faciès est légèrement grippé. Le pouls monte à 90. La contracture s'étend peu à peu et gagne toute la paroi abdominale... »

Le blessé de GRIMAULT s'est rendu à pied chez lui, puis a fait plusieurs kilomètres pour venir à l'hôpital. « Il se plaint de douleurs épigastriques et de l'hypocondre gauche. Le ventre est

un peu distendu et douloureux à la pression au-dessus de l'ombilic, mais surtout dans l'hypocondre gauche et l'épigastre. *Dans ces deux régions, défense nette de la paroi.* Pouls 105. On propose une laparotomie qui est refusée. Le lendemain, pas de modifications, mais la contracture est toujours nette dans l'épigastre et l'hypocondre gauche... »

Citons encore ce blessé de COSTANTINI qui, arrivé le lendemain de son coup de pied de cheval à Necker, avait, pour tout signe, à côté d'un excellent faciès et d'un bon pouls, celui, primordial, d'un *ventre de bois, immobile.*

La tuméfaction splénique. — Elle ne pourra évidemment être perçue qu'en l'absence de contracture. Elle est rare, mais, lorsqu'elle existe, c'est un signe de grosse valeur, qui permet d'opérer avant l'hémorragie secondaire. Elle traduit la présence, dans la loge splénique, d'un hématome enkysté.

Les signes d'épanchement intra-péritonéal. — « La pâleur, la petitesse et l'accélération du pouls, dit BAUDET, le refroidissement des extrémités sont des éléments importants quand ils existent, mais leur absence ne signifie pas que la rate soit indemne. » « Deux blessés opérés par BASSER à Vaugirard avaient un pouls à 80 et un état général parfait. Ils avaient une rupture complète de la rate.

Le *pouls* doit être pris, si possible, toutes les deux heures. Son accélération progressive, la diminution de la tension au Pachon sont en faveur de l'opération immédiate. Le malade n'a pas encore l'aspect extérieur d'un grand hémorragique, et cependant sa rate saigne abondamment dans le péritoine.

L'association d'une contracture prédominant à gauche et d'une légère accélération du pouls suffit à commander l'opération. Mais ce sont là signes déjà tardifs et qu'il faut savoir guetter dès leur apparition.

Quant aux *signes physiques d'épanchement intra-abdominal*, ils sont rares, souvent masqués, mais s'ils existent, ce sont des indications opératoires majeures.

Il faut distinguer deux cas : ou bien le *sang sera encore périsplénique*, ou bien *il aura déjà diffusé dans le péritoine*, d'où des signes différents.

Dans le premier cas, nous aurons une *matité localisée*. On comprend qu'elle ait une valeur encore supérieure à la contracture et à la douleur au point de vue du diagnostic. Dans une hémorragie de moyenne abondance son apparition peut être précoce, mais, en général elle est tardive, précédée presque toujours par la contracture.

Les dimensions de cette zone de matité varient selon le moment de l'examen et selon les cas. Immédiatement après l'accident, on ne trouve rien, puis une légère submatité apparaît, puis une matité franche, pouvant occuper l'hypocondre et le flanc gauche et même les régions voisines, et l'on peut avoir une matité s'accroissant d'heure en heure. Enfin, cette matité est invariable de siège et nullement modifiée par les changements de position du blessé. Au total, c'est un signe précieux, mais inconstant et souvent difficile à rechercher, masqué qu'il est bien souvent par le météorisme.

Dans le cas où le sang aurait fusé dans le péritoine, nous trouverions une *matité bilatérale* dans les fosses iliaques, dans les flancs, mais cette matité bilatérale est constatée moins fréquemment que la matité simple.

Il est à noter que l'épanchement est toujours plus abondant, plus immobile grâce aux caillots et plus perceptible autour de la rate que dans les autres régions où il est fluide, libre, donc mobile. PITTS et BALANCE disent que, lorsque la matité est plus marquée à gauche qu'à droite, quand le changement de position du blessé n'entraîne aucune modification de la matité du côté gauche et qu'elle est variable du côté droit, on a un signe pathognomonique et de grande valeur clinique.

Il est à noter enfin que plusieurs observations mentionnent de l'ictère, quand le traumatisme date de plusieurs jours.

Signes de réaction péritonéale légère. — Les nausées, les vomissements du début peuvent réapparaître. Un arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz, une rétention d'urine, peuvent ajouter leur note au tableau, mais tous ces signes sont assez inconstants et apparaissent après la contracture.

Ces signes peuvent augmenter d'intensité et devenir de plus en plus nets, l'état du blessé restant bon. Mais il n'en sera pas

longtemps ainsi, car les signes de grande hémorragie ne vont pas tarder à entrer en scène et à se précipiter.

La température. — Il est enfin un signe, sur lequel nous croyons utile d'insister, c'est l'*hyperthermie légère* que présentent ces blessés, dans la période dite de latence. Le blessé de CADENAT avait 38° tous les jours. Celui de PERRIN n'a d'autres signes, pendant trois jours, qu'une température oscillant entre 37°8 et 38°4. Un autre, de D'ALLAINES a 38°4 et de l'ictère.

Bref il s'agit là d'un symptôme intéressant, auquel il faut donner une certaine valeur.

La formule sanguine. — Enfin, ici encore, ayons donc la curiosité de faire des numérations globulaires, peut-être trouverons-nous des formules qui méritent notre attention.

KAKELS (de New-York) publie un cas où l'association de contracture, douleur de l'hypocondre gauche, et une formule avec 3.000.000 de globules rouges, contre 20.000 globules blancs, le conduisit à l'intervention. *Anémie*, et *augmentation des leucocytes* : il y a là un fait intéressant à retenir et qui mérite qu'on s'y attarde.

La radio. — Rappelons, pour finir et être complets, qu'il n'est jamais inutile de conduire à l'écran un traumatisé de l'abdomen. Dans le cas particulier, une *augmentation de l'ombre splénique* aurait une valeur que l'on devine sans peine.

Pour nous résumer, nous dirons donc qu'une surveillance minutieuse s'impose, d'heure en heure, pour tout traumatisé de l'abdomen et en particulier si on a des raisons de suspecter une contusion de la rate. La période de latence, d'intervalle libre est parfois muette et alors la précipitation des accidents qui la suivent, réalise bien une véritable accalmie traîtresse. Mais il s'agit là d'un terme qui, avec les progrès de la clinique, doit perdre de sa valeur et devenir de plus en plus rare. En effet, bien souvent on peut retrouver certains symptômes indicateurs dans cette période de latence. Rappelons qu'il ne faut pas se laisser impressionner par l'absence de signes d'hémorragie et qu'un pouls normal ne doit pas être une raison de s'abstenir. Sachons faire la part de la contusion pariétale, mais sachons aussi deviner, flairer ce qui revient à la lésion viscérale dans la

douleur et la contracture. Tenons pour très suspecte toute syncope après intervalle libre. Méfions-nous des blessés qui restent subfébriles. N'attendons pas des signes trop beaux comme un hématome splénique, une matité qui s'étend, une matité bilatérale avec signe de PITTS et BALANCE. Ce n'est pas sur un ensemble clinique que nous interviendrons, ne comptons pas sur un tableau trop net, mais guidons-nous sur des nuances, sur une simple impression.

« Pratiquement, écrit BAUDET, il me paraît indiqué d'intervenir d'urgence toutes les fois qu'après un traumatisme de l'hypocondre ou la base thoracique gauche on voit l'état du blessé d'abord satisfaisant devenir moins bon. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE.

Quand on intervient pour des hémorragies retardées par rupture de la rate on a affaire à deux cas : ou bien à une rupture d'hématome intra-splénique, ou bien à une rupture d'hématome péri-splénique.

Ceci nous amène à parler de la pathogénie de l'intervalle libre et à exposer les différentes théories qui l'expliquent.

Théorie de la rétraction de la capsule (DEMOULIN). — Elle n'a été signalée que dans un cas. « Le tiers inférieur de l'organe, séparé des deux tiers supérieurs, flottait au milieu des anses grêles. Les deux tiers supérieurs, en connexion avec le pédicule, étaient recouverts par la capsule rétractée, à la manière d'un capuchon. »

Théorie invoquant l'hémorragie lente (DUCUING). — « Il se peut que, dans un certain nombre de cas, et malgré l'absence absolue de signes cliniques, l'hémorragie primitive ne se soit jamais arrêtée. Ce sont de fausses hémorragies tardives. »

Théorie de la coagulation du sang (NECK-PLANSON). — « Il se passerait la même chose que dans les ruptures de grossesse tubaire. L'abaissement de la tension artérielle favoriserait la production du caillot tampon. »

Cette théorie de l'hémostase physiologique est indiscutable, mais elle ne peut expliquer tout.

Théorie de l'hématome intra-splénique. — C'est l'hypothèse la plus admise.

Le trauma initial ne détermine qu'un écrasement sous-capsulaire, donnant lieu à un gros hématome intrasplénique.

« Puis la rupture de la capsule se ferait sous l'influence d'une augmentation de volume de cet hématome, si on admet que la rate saigne encore sous la capsule, soit d'un travail inflammatoire de l'enveloppe de la rate, soit enfin du fait que la capsule, séparée de la masse splénique, et privée de tout apport nutritif depuis un temps plus ou moins long, voit sa résistance diminuée. » (DUCUING).

Cette théorie se défend aussi dans le cas d'une fissure primitive, mais minime de la rate.

PERRIN (de Lyon) écrit ceci à propos d'une observation d'hémorragie retardée avec broiement complet du parenchyme et petite lésion capsulaire.

« Qu'un fragment d'épiploon, qu'un organe voisin vienne s'appliquer sur cette brèche minime, le mécanisme de limitation temporaire de l'hémorragie est réalisé. Et si le développement de l'hématome intra splénique arrive à faire éclater une capsule intacte, *a fortiori*, il forcera la barrière d'une fissure capsulaire momentanément obturée. »

Théorie de la rupture secondaire d'un hématome péricapsulaire. — Mais comment expliquer les cas à intervalles libres avec rates en plusieurs morceaux libres dans le ventre ?

PATEL (Lyon) rapporte l'histoire d'un homme de 100 kilos, qui tombe de motocyclette sur son côté gauche, le 21 décembre. Il présente des signes de contusion simple et continue son travail jusqu'au 1^{er} janvier où il fait son hémorragie interne. A l'intervention, sa rate était séparée en deux parties libres, et l'artère splénique saignait à flots.

L'hémorragie s'était d'abord faite dans la loge splénique, qui s'est distendue progressivement et a fini par céder à sa partie inférieure.

Les ruptures du foie avec intervalle libre.

Les ruptures du foie peuvent, comme les ruptures de la rate, présenter cette évolution en deux temps.

Dans bien des cas, leur symptomatologie ne diffère en rien de celle d'une contusion simple de l'abdomen, sans lésion viscérale sous-jacente et ce n'est que par la suite, au bout de quelque temps que les symptômes se précisent et permettent alors, en pareil cas, d'instituer un diagnostic.

Comme pour la rate, l'évolution est la même. Au shock plus ou moins intense du début fait suite une période de latence, pendant laquelle tout danger peut paraître écarté, si l'on ne prend soin d'attacher toute leur valeur à la persistance d'une douleur localisée, d'une contracture s'accroissant malgré la disparition des traces de contusion pariétale, et aussi à l'apparition de subictère avec pigments biliaires dans l'urine.

En voici une observation très démonstrative :

OBS. (BERTRAND, de Toulouse). — X..., 18 ans, fait une chute en montagne. Le coup porte sur l'hypocondre droit, où l'on retrouvera des traces d'excoriations une semaine plus tard.

Relevé inanimé, il reprend vite connaissance et se rend à la ville voisine où un médecin des Hôpitaux de Bordeaux, villégiaturant, l'examine sans trouver de signes de lésion viscérale et l'autorise à rentrer chez lui.

Les jours suivants, il reprend sa vie normale et fait des sports, en particulier de la natation.

Le huitième jour, il est réveillé, le matin par des coliques dans la région sus-ombilicale accompagnées de nausées. Provoquant à deux reprises un vomissement, il rejette à chaque fois, avec un peu de bile, un caillot de sang frais.

M. BERTRAND voit le malade l'après-midi. Etat non inquiétant. Les douleurs abdominales et les nausées ont disparu. Pouls et température sont normaux. Cependant on note une contracture nette et localisée, du côté droit, à la partie supérieure du grand droit, sans sonorité préhépatique, ni matité dans les flancs, et un léger subictère, qui, au dire de l'entourage, aurait été plus accentué les jours précédents. Repos. Diète.

Mais quelques heures plus tard, le pouls passe de 80 à 115, en même temps qu'apparaissent des signes d'hémorragie interne et, lorsque le blessé arrivera, à minuit à la clinique, il sera dans un état si précaire que BERTRAND attendra le lendemain matin pour intervenir.

Il trouvera alors deux litres de sang dans le ventre et un éclatement étoilé de la face antéro-supérieure du lobe droit, en partie masqué par un caillot épais et adhérent.

« Il semble naturel de penser, dit l'auteur, qu'à la faveur de l'état syncopal succédant au traumatisme, un épais *caillot de sang* est venu tamponner les fissures et empêcher la production d'une hémorragie immédiate. Puis ce caillot s'est peu à peu détaché, permettant, au 8^e jour, la production d'une hémorragie secondaire très grave. »

On pourrait supposer également que, comme dans les ruptures en deux temps de la rate, il y a eu d'abord *hématome sous-capsulaire*, puis *déchirure secondaire de la capsule et hémorragie libre* dans le péritoine (LENORMANT).

Cette observation donna lieu, à la Société de Chirurgie, à des discussions sur le mécanisme de ces hémorragies secondaires. Elles peuvent aussi bien se rapporter à la rate.

Pour SAUVÉ, il est possible qu'au moment de l'accident un caillot se forme et commence à s'organiser, interrompant l'hémorragie. « Puis, au bout de huit jours, au moment où nos anciens situaient la chute des escarres, sous l'influence d'une petite infection, l'*escarre* (car c'en est une) tombe et l'hémorragie se produit par le mécanisme général des hémorragies secondaires. »

L. BAZY invoque l'*organisation du caillot* dont la fibrine est pénétrée par des capillaires de néoformation très fragiles. Sans même qu'on ait à invoquer le détachement du caillot ou la chute de l'escarre, cette particularité suffirait à expliquer la reprise de l'hémorragie et son aggravation soudaine, surtout quand le blessé ne prend aucune précaution.

Enfin MAISONNET rapproche ces hémorragies secondaires des *plaies sèches* qu'on peut observer dans les grands traumatismes.

« J'ai opéré, dit-il, au cours de la guerre, un blessé qui avait une rupture totale du foie et une déchirure de la veine porte, et qui n'avait pas trace de sang dans la cavité abdominale, tandis que les bords de la plaie hépatique étaient grisâtres, comme frappés de stupeur. Si bien que souvent c'est l'infection et la trombose secondaire qui déterminent les hémorragies retardées des viscères pleins, et il est important de savoir si de tels blessés ne présentent pas de température dans la période de latence de leur blessure. »

Les ruptures du pancréas.

Nous dirons un mot, maintenant, des ruptures du pancréas, qui peuvent présenter cette latence traîtresse. Nous ne parlerons pas des pseudo-kystes du pancréas, développés plus ou moins insidieusement après un traumatisme. Il ne s'agit plus là d'une question d'urgence.

Nous voulons signaler les cas plus rares où, après un intervalle très court (24 heures tout au plus) et pauvre en symptômes, apparaît le tableau le plus rapidement dramatique d'une péritonite au dernier jour et du collapsus le plus grave. C'est la pancréatite hémorragique avant la diffusion de laquelle il faut se hâter d'arriver. Aussi, nous *n'hésiterons pas à opérer sur des signes minimes, après un choc porté sur l'épigastre*, et en particulier nous attacherons une grande valeur au *pouls*.

AUROUSSEAU opère une fillette, malgré un ventre souple et indolore, parce qu'elle a un pouls à 160 après relèvement de l'état de shock. Elle avait une rupture de la rate et du pancréas, et elle guérit après splénectomie et suture du pancréas.

Un enfant, opéré par TILLAYE (de Tours) est serré à midi entre une auto et un mur. Il ne pousse aucun cri et continue à jouer. Comme vers 18 heures il se plaignait de quelques douleurs abdominales, un médecin est appelé qui trouve un ventre souple, une température et un pouls normaux. Mais le lendemain à 11 heures, le pouls est à 106 ; température 37°9. Il y a eu quatre vomissements dans la nuit et il existe une défense pariétale dans la fosse iliaque droite. La douleur augmentant dans la région épigastrique avec apparition d'une tuméfaction dure et douloureuse et d'une défense très accusée de toute la paroi, le pouls passant à 130 et les vomissements devenant verdâtres, on opère à 16 heures.

Il y avait un éclatement du pancréas et une plaie de la veine splénique. Mort.

LES PÉRITONITES SECONDAIRES

Les contusions de l'abdomen peuvent déterminer des péritonites, par le mécanisme d'une *contusion simple* ou d'une *rupture de l'intestin*, ou par suite d'une *lésion du mésentère*, plaie ou désinsertion séparant l'anse de ses connexions vasculaires et la vouant au sphacèle.

Étudions tout d'abord l'anatomie pathologique de ces lésions. Nous en comprendrons facilement après les modalités cliniques et leur latence sournoise.

CONTUSIONS INTESTINALES.

Il s'agit de lésions attritives plus ou moins étendues, plus ou moins profondes des parois intestinales, sans qu'aucune des tuniques ne présente de solution de continuité macroscopique.

Il s'agit, le plus souvent, de suffusions sanguines étalées sous une séreuse intacte : taches ecchymotiques isolées ou multiples, ou placards plus étendus, dont la couleur brune, caractéristique, tranche sur la coloration normale de l'organe ; bien plus rarement, la lésion se présente sous l'aspect d'un dépoli ou d'éraillures.

A un degré plus avancé, ce sont ou des hématomes sous-séreux ou sous-muqueux plus ou moins volumineux, ou une dissociation hémorragique interstitielle des tuniques contuses, pouvant déterminer secondairement soit des ulcérations profondes, soit la perforation de toute l'épaisseur de la paroi, par chute de l'escarre.

Toutes ces lésions relèvent uniquement du mécanisme de l'écrasement.

RUPTURES INTESTINALES.

Elles sont incomplètes ou complètes.

a) *Ruptures incomplètes.* — Ce sont des déchirures plus ou moins profondes, plus ou moins larges d'une ou deux tuniques de l'intestin : la lumière viscérale reste isolée de la cavité péritonéale.

Si la séreuse est atteinte isolément, elle présente des éraillures transversales, obliques, étoilées ou longitudinales ; et quand la musculieuse et la séreuse ont été simultanément atteintes, la muqueuse intacte fait saillie au travers de la brèche.

Ces ruptures partielles sont rares et sont la traduction d'un éclatement à peine ébauché.

Il semble qu'il soit plus habituel que la rupture progresse de l'intérieur vers l'extérieur du tube intestinal : muqueuse et musculieuse sont intéressées, celle-là sur une étendue plus grande que celle-ci.

La solution de continuité est arrondie, ovale, linéaire ; parallèle ou perpendiculaire à l'axe intestinal ; ses bords sont écrasés, dilacérés, les régions voisines sont contuses et infiltrées.

L'aspect de ces ruptures incomplètes est parfois caractéristique : la séreuse, qui résiste le plus, passe en pont au-dessus des deux tuniques rompues : barrière précaire dont le sphacèle secondaire complète la lésion primitive.

b) *Ruptures complètes.* — Intéressant toute l'épaisseur de la paroi, elles ouvrent la lumière de l'intestin dans le péritoine.

Leurs dimensions sont variables : parfois filiforme, la rupture ne sera reconnue qu'après inventaire minutieux des anses ; elle peut être comme une tête d'épingle, une lentille, un gros pois, une pièce de 50 centimes, de 1 franc, de 2 francs, elle peut admettre le doigt. Elle peut occuper le $\frac{1}{3}$ de la circonférence, la moitié, être subtotale, totale.

Leur aspect diffère suivant le mécanisme qui les a déterminées.

Dans les ruptures par écrasement, les bords de la plaie sont mâchés, dilacérés, contus, le méso s'il n'est déchiré est contus, de vitalité compromise. Mais surtout un phénomène est cons-

tant et va nous intéresser pour comprendre la péritonite à retardement. C'est l'éversion de la muqueuse au travers des lèvres de la plaie, de dedans en dehors. Elle forme ainsi, tout autour de la section séreuse et musculuse, un bourrelet procident, qui cherche vainement à protéger le péritoine contre l'issue du contenu intestinal.

Dans les ruptures totales, cette évagination muqueuse s'accompagne d'un phénomène de *rétraction spasmodique des fibres circulaires de la musculuse*, phénomène fort intéressant qui semble constituer une défense naturelle de l'organisme contre l'épanchement intra-cœlomique des matières septiques et des gaz intestinaux.

« Le bourrelet muqueux oblitérant, en cas de rupture complète du grêle, n'est pas une simple vue de l'esprit ; nous avons pu constater une oblitération complète des six bouts d'intestin rompu. Libres dans le ventre, ils n'avaient pas laissé s'écouler une seule goutte de leur contenu. Bien plus, ils étaient encore hermétiquement bouchés par l'ectropion muqueux, trois heures après l'accident, et les manipulations laborieuses des anses au cours de la recherche des deux bouts distaux, n'ont pas fait cesser la contracture oblitérante (MOURGUES-MOLINE). »

« Il n'y avait pas de matière fécales et les deux bouts de l'anse grêle, complètement sectionnée, étaient fortement contractés... (DUJON). »

« ...Les anses intestinales en amont et en aval de la lésion renferment des gaz et des matières fécales en assez grande quantité, mais rien ne s'échappe de l'intestin dont les deux extrémités présentent les caractères suivants : la plaie intestinale est béante, la muqueuse est éversée du côté du péritoine : à quelques centimètres de cet ectropion, le calibre de l'intestin est rétréci et la lumière complètement fermée par un véritable spasme qui ne laisse rien passer (GRIMAULT et DANTLO). »

Ainsi l'irruption intra-péritonéale des gaz et matières n'est donc pas immédiate, et il s'écoule un certain intervalle entre la rupture et elle.

MAFFI, dans sa longue étude sur les ruptures traumatiques de l'intestin (*Journal de médecine militaire* Rome, 1922) dit que « la péritonite peut se manifester tardivement, ce qui, du reste, est bien expliqué cliniquement et expérimentalement par l'oc-

clusion spontanée temporaire de la rupture intestinale, même si elle est transversale et totale grâce à la contracture des fibres musculaires, et pour les petites lésions, par la hernie de la muqueuse à travers les lèvres de la plaie resserrée par la contraction musculaire. »

DAMBRIN, au cours de ses nombreuses expériences sur le chien a pu confirmer la théorie du resserrement de l'anse blessée, mais s'il admet qu'elle n'est que passagère, il n'en est pas moins vrai que les exemples cliniques sont nombreux où elle fut plus durable.

Dans les ruptures par éclatement et par arrachement, où la section est nette, sans contusions des parties voisines, ce mécanisme de défense se rencontre également, expliquant, là encore, l'intervalle libre et la latence avant la péritonite.

LÉSIONS MÉSENTÉRIQUES.

Elles sont très fréquentes au cours des contusions de l'abdomen, soit qu'elles existent à l'état isolé, soit qu'elles accompagnent les ruptures de l'intestin.

La contusion du mésentère se traduit par une zone d'attrition plus ou moins large : les deux feuillets sont meurtris, dilacérés ; les lésions des vaisseaux, toujours graves, entraînent ultérieurement la gangrène du segment intestinal correspondant.

La déchirure du mésentère peut être radiaire ou parallèle au bord concave de l'intestin réalisant alors ce que SENCERT et FERRY ont décrit sous le nom de *désinsertion mésentérique*.

Après le mésentère, et par ordre de fréquence, on peut voir des contusions, déchirures ou désinsertions du mésocôlon transverse, du grand épiploon et de l'épiploon gastro-colique.

Il est évident que ces lésions des méso peuvent déterminer des hémorragies intra-péritonéales importantes. En général, cette complication est immédiate. C'est pourquoi nous l'avons passée sous silence dans notre premier chapitre qui traite des hémorragies retardées. Nous n'aurons en vue que le *sphacèle intestinal*, conséquence fatale de ces lésions lorsque l'hémorragie n'aura pas été immédiatement abondante, forçant la main à une intervention plus précoce ?

Au total, contusions et ruptures intestinales et lésions mésentériques vont donner lieu à des péritonites souvent sournoises et latentes, après intervalle libre. La raison anatomique de ce retard et du silence des premières heures sera le *sphacèle*, suivi de *perforation*, la *chute d'une escarre*, ou encore le *relâchement d'une plaie intestinale*, après la *rétraction primitive de la tunique musculaire* et la *disparition du bouchon muqueux*, première barrière à l'irruption d'un contenu septique dans le péritoine.

CLINIQUEMENT.

Il nous est impossible de séparer les contusions et ruptures intestinales des lésions mésentériques. D'ailleurs, elles peuvent fort bien coexister sur le même blessé, ce qui importe, c'est de saisir la péritonite dès la première manifestation, de la prévenir même si possible.

Nous allons commencer par citer des cas où l'observateur s'est laissé prendre et cela sans qu'il y ait eu à lui reprocher une négligence d'examen. Ce sont les cas vraiment muets.

Nous verrons ensuite quelles sont les notions à retenir dans les commémoratifs et les circonstances de l'accident pour nous inciter à la méfiance.

Enfin, nous verrons quels sont les symptômes, les plus minimes soient-ils, et souvent faits de nuances, qui devront emporter la décision opératoire, même au risque d'une laparotomie inutile.

Les cas absolument muets. Latence traîtresse.

ROCHER et DUMAS (Bordeaux). — Un homme de 57 ans est écrasé par une voiture dont une roue lui passe sur le ventre, et lui fracture le bras droit. Son état, peu inquiétant et dominé par la fracture du bras, s'aggrave soudain le 5^e jour, à l'occasion d'un effort de défécation. Péritonite par gangrène du cæco-ascendant sur 20 centimètres. Déchirure du mésentère.

ALDRICH. — Homme de 53 ans, glisse et tombe lourdement sur le côté droit. Intervalle libre de 7 jours, puis mort par péritonite retardée. Plusieurs déchirures mésentériques.

HOWARD MARSCH. — Un homme tombe sur le ventre puis va dîner en ville. Péritonite 24 heures après. Longue portion d'intestin gangrénée par déchirure mésentérique.

METZGER. — Un camionneur reçoit un timon de voiture à gauche de l'ombilic. Pas de signes immédiats. Péritonite 88 heures.

CLOUP (Albi). — Au cours d'une noce de campagne, un convive obèse tombe dans un escalier qu'il descend sur le ventre. Il rentre chez lui à bicyclette après avoir terminé joyeusement la soirée. Le surlendemain CLOUP l'opère pour péritonite. Large désinsertion mésentérique et sphacèle intestinal.

VERGOZ (Alger). — BAIA, fillette indigène de 12 ans, reçoit un coup de pied dans le ventre. Elle reprend vite ses jeux et ses travaux. Tout allait bien lorsque, le 4^e jour, BAIA se plaint à son réveil de douleurs abdominales et se met à vomir. Perforation du jéjunum à 2 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal.

Nous faut-il donc conclure de ces observations qu'on doit laparotomiser systématiquement tous les contusionnés de l'abdomen ?

N'y a-t-il pas quelques symptômes nous permettant de suspecter tel blessé plus que tel autre ?

LES COMMÉMORATIFS.

Et tout d'abord, tandis que se poursuit le traitement immédiat du shock, renseignons-nous sur les circonstances de l'accident. Essayons d'apprendre la nature de l'agent traumatisant sa force, sa direction perpendiculaire ou tangentielle, s'il fut appuyé ou au contraire reçu à bout de course, son rapport horaire avec un repas.

« Je me suis toujours basé, écrit SOULIGOUX, non pas tant sur l'état du blessé, la résistance de la paroi abdominale, que sur les commémoratifs. Je me suis fait renseigner aussi bien que possible sur la puissance du traumatisme, sur la situation du blessé au moment de l'accident. »

Sans doute, trouverons-nous ainsi quelques renseignements utiles et des indications à intervenir, même en l'absence de signes nets.

Mais sachons bien que ces données restent très théoriques et rappelons-nous les exemples frappants que cite MONDOR dans son livre.

La petite fille de GUTHRIE que son père amusait en la projetant en l'air pour la recevoir dans ses mains succombe à une péritonite. Un vieillard tombe et se tue sur un arceau bordant une pelouse. Un ouvrier provoque sur un camarade des ruptures partielles du cæcum et du sigmoïde, en lui approchant de l'anus par plaisanterie un tuyau d'air comprimé.

Le traumatisme le plus minime suffit parfois à occasionner une péritonite.

Une infirmière de l'Hôtel-Dieu, heurtant une porte, se fait une lésion viscérale. Un Américain donne un coup de coude à un ami en disant : « Ote-toi de là, tu ne sais pas » et provoque une perforation mortelle.

L'EXAMEN DU BLESSÉ ET L'INTERPRÉTATION DES SYMPTÔMES.

Si les circonstances d'un traumatisme, particulièrement violent et appuyé, nous font redouter la lésion viscérale et peuvent, dans certains cas, nous conduire à une laparotomie de prudence, nous ne pouvons, par contre, jamais dire qu'une contusion, si minime soit-elle, sera bénigne.

L'examen méthodique et répété du blessé s'impose.

« Les cas dits sans symptômes deviendront de plus en plus rares à mesure que les médecins et les chirurgiens auront, sur ce terrain, affiné leur sens d'observation. » (LE DENTU.)

« Attendre les signes de la péritonite pour se déterminer, c'est laisser mourir le blessé par une faute de clairvoyance ou de décision » (MONDOR).

M. MONDOR, dans son livre *Des diagnostics urgents*, consacre trente pages admirables à l'étude des contusions de l'abdomen, qui sont un plaidoyer éloquent en faveur de l'intervention d'urgence, appuyé sur l'existence d'un signe capital, *la contracture*.

On peut dire que c'est le seul signe révélateur ; tous les autres sont trompeurs ou inconstants.

Quelle foi en effet, pourrions-nous attacher à la température, aux vomissements, au faciès ? Au début, ce sont des signes géné-

raux de traumatisme sans plus, plus tard, ils marcheraient de pair avec une péritonite terminale, qu'heureusement on doit pouvoir dépister avant.

Il en est de même du météorisme, signe de la péritonite à son dernier stade, et là encore nous répéterons, comme au sujet des ulcères perforés, que « *ventre aigu* » n'a plus rien à voir avec « *gros ventre aigu, qualification déplorable, et qui date lamentablement* ».

Il s'agit là de considérations banales que nous ne faisons que rappeler, sans nous y étendre. La clinique des affections péritonéales a fait, à l'heure actuelle, des progrès suffisamment connus de tous pour que nous n'ayons pas à insister sur ce point.

LA DOULEUR.

Elle mérite qu'on lui reconnaisse une plus grande valeur.

Il faut savoir faire la part de la contusion pariétale, et se souvenir qu'une perforation couverte, ou primitivement bouchée, peut ne s'accompagner, au début, d'aucune douleur. *Son apparition tardive* devra donc nous mettre en éveil, elle traduirait le début de l'irritation péritonéale. Il en est de même d'une *douleur qui persiste, malgré le repos et malgré l'atténuation des lésions pariétales*.

« Si le blessé ne souffre pas, écrivent A. SCHWARTZ et J. QUÉNU, cela ne permet pas d'affirmer à coup sûr qu'il n'ait pas de lésion ; mais si le blessé souffre dès le début, s'il continue à souffrir, à se plaindre, à gémir, et surtout s'il désigne toujours la même région de l'abdomen, alors cette douleur prend une certaine importance et mérite qu'on la prenne en considération ; il est bien rare qu'un tel blessé ne présente pas de lésion viscérale. »

Cette douleur, enfin, sachons la rechercher et l'apprécier à distance, loin de l'endroit où a porté le coup, et pour ceci, n'oublions jamais d'interroger le *Douglas*, par le *toucher rectal*.

Il s'agit là d'un signe inconstant, d'interprétation difficile, pour lequel il faut faire la part de la contusion pariétale, toujours de l'affolement, bien souvent de l'exagération et de la simulation parfois.

Combien plus instructive sera la recherche du signe capital, avec lequel la douleur marche d'ailleurs de pair, à savoir la *contracture*.

Nous reviendrons plus longtemps, dans les conclusions de cette thèse, sur ce signe merveilleux. Nous redirons la façon de le rechercher et de l'apprécier, les dangers de confondre contracture et défense, la signification qu'il faut lui donner.

Disons seulement, pour l'instant, que HARTMANN, sur dix cas de contusions abdominales, n'a jamais vu le signe en défaut. Dix cas présentaient de la contracture. Sur ces dix cas, il y avait 5 ruptures du grêle, 2 ruptures du foie, une rupture du mésentère, une rupture intra-péritonéale de la vessie. Le dixième blessé refusa l'intervention parce qu'il se trouvait très bien, n'ayant pas vomi et ne souffrant pas. Il avait un bon pouls et une température à 37, mais présentait de la contracture. Il eut une péritonite par rupture du grêle.

Enfin, sur 17 cas, sans contracture, HARTMANN s'abstint 17 fois et il eut 17 guérisons.

Les observations ne manquent pas, en faveur de ce symptôme. En voici quelques-unes :

OBS. (DESCARPENTRIES, Roubaix). — X..., 31 ans, tamponné par une auto. Blessures multiples et demi-coma, mais ventre souple.

Le lendemain matin, a repris connaissance. Température 37°2, mais pouls 120 et défense musculaire avec submatité épigastrique. Opération : 3 perforations du grêle. Suture. Mort le 8^e jour par ouverture secondaire d'une plaque de contusion de l'iléon passée inaperçue.

OBS. (ROGER, d'Agde). — D..., 65 ans. Coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite, 1 heure après son repas de midi.

Vomit son repas. Vu à 17 heures : aucune lésion cutanée, aucune ecchymose, faciès peu modifié, extrémités chaudes. Pouls 80 régulier, température 37°4.

Au palper : douleur vive, qui remonte jusqu'à l'ombilic, et contracture très accusée, occupant une grande partie du flanc droit. En raison de ce seul signe, l'opération est proposée. Le malade et la famille la refusent, arguant de l'état général parfait. Glace sur le ventre. Le lendemain matin, le malade est en pleine péritonite et il mourra 24 heures après, ayant jusqu'au bout refusé l'intervention.

Il n'est pas besoin d'une large zone de contracture, une *résistance sur une paume de main suffit*, souvent même une *impossibilité de déprimer la paroi à fond*.

OBS. (VERGOZ, Alger). — L. B..., 17 ans, chute de bicyclette. Entre à l'hôpital avec le diagnostic de contusion thoracique basse, contrôlé par l'interne de garde qui juge inutile de demander l'avis du chirurgien, l'état général du blessé ne présentant rien d'alarmant.

Le lendemain, à la visite, le blessé est assis sur son lit, lisant son journal, avec un état général parfait. Faciès et pouls normaux.

Le malade n'accuse aucune douleur spontanée et la palpation de l'abdomen ne décèle qu'une légère contracture de la largeur d'une paume de main, au contact du rebord costal gauche. Cette constatation aurait nécessité l'opportunité d'une intervention, mais l'état général du malade est tel que celle-ci est jugée superflue.

Dans le courant de l'après-midi, c'est-à-dire au bout de 24 heures, brusquement la péritonite devient évidente. Intervention. Rupture totale du grêle à 10 cm. de l'angle duodéno-jéjunal. Mort.

OBS. (BARTHELÉMY, de Nancy). — Un charretier est traîné par son cheval et violemment comprimé entre sa voiture et un camion. Il est amené à l'hôpital, une 1/2 heure plus tard, assis dans une voiture dont il descend seul. Il s'assied dans la salle de pansement et attire surtout l'attention sur une fracture de l'humérus droit qu'on appareille. Il gagne ensuite son lit à pied. Là, on constate un ventre souple, sans point douloureux spécial, mais qui ne se laisse pas déprimer à fond. Le pouls est plein et bien frappé à 90. On décide d'attendre, mais une heure plus tard, il est pris de dyspnée et de douleurs abdominales diffuses, son pouls monte à 120. Il a quelques nausées et présente un certain degré de défense pariétale sans contracture vraie.

Laparotomie 4 heures après l'accident. Le péritoine contient 1 litre de sang et quelques matières alimentaires. Perforation de la 1^{re} portion du duodénum. Suture. Mort quelques heures plus tard.

Symptôme d'une valeur inégalable, mais aussi symptôme fait de nuances. Que de fois, restera-t-on perplexe, en face d'un abdomen qui se défend un peu, mais pour lequel on n'ose pas affirmer plus qu'une contusion pariétale. C'est ici que se place un symptôme qu'il faudra toujours penser à rechercher, et qui est le corollaire de la contracture pariétale, mais qui ajoute à sa valeur, c'est *la contracture du diaphragme*. Il faut savoir la lire, en regardant, à jour frisant, de profil, le rebord costal inférieur.

Ce rebord, au lieu d'obéir à chaque mouvement respiratoire ne présente qu'une infime excursion ou ne bouge plus.

IMMOBILITÉ RESPIRATOIRE DE L'ABDOMEN.

Voilà donc un symptôme qui enlèvera la décision en cas de doute. Elle n'est jamais si bien réalisée, à moins de fracture de côte basse, dans une contusion pariétale simple.

« Quand la contracture est là, il n'est plus temps de contro-verser, de désigner pour s'abstenir, une température normale, de prendre dix fois un pouls et de le juger rassurant, de se féliciter du petit nombre des vomissements : l'heure des discussions jacassières est passée. C'est de toute certitude l'heure du bistouri (MONDOR). »

LE POULS.

Certes, un pouls de plus en plus rapide, en désaccord avec une température encore normale est un bon signe de péritonite au début, nous ne saurions le contredire.

Mais que de cruels démentis, si nous attachons trop d'importance à un pouls normal. Le blessé de BARTHELEMY avait 90, celui de ROGER 80. MONDOR opère un éclatement d'anse malgré 80 pulsations, et DEHELLY s'abstient sur un pouls à 70 et un état rassurant, mais retrouve le lendemain son malade en pleine péritonite.

« A la suite d'une contusion de l'abdomen (J. QUÉNU), le pouls peut être et rester pendant plusieurs heures à peine accéléré, battre à 90 pulsations par minute et même moins alors qu'il y a du sang plein le ventre, alors que la malade est en danger de mort par hémorragie. Si l'accélération du pouls doit être considérée comme une indication opératoire, l'absence d'accélération ne doit jamais être considérée comme une raison de s'abstenir, s'il existe par ailleurs des indications opératoires tirées d'autres symptômes. »

Nous ne dirons qu'un mot maintenant des *selles sanglantes* et des *vomissements de sang*. Signes majeurs, quand ils existent, ils sont beaucoup trop rares pour qu'on ait le droit de les attendre.

Au contraire, nous insisterons, pour finir, sur un symptôme que nous avons déjà entrevu dans les ulcères perforés : le *pneumopéritoine*.

LA RADIO.

Si comme il est à souhaiter pour toute installation chirurgicale moderne, nous pouvons conduire notre blessé dans une salle de radiologie, antichambre de la salle d'opérations, ne négligeons pas un regard à l'écran. Déjà, par la percussion, sur le sujet demi-assis nous avons noté une sonorité préhépatique. Confirmons-la par les rayons. Deux vues suffisent, une de face, une de profil, quelques minutes à peine sont nécessaires pour voir ce croissant clair entre foie et diaphragme, ou au-devant du foie.

S'il existe, c'est une indication formelle. Mais n'allons pas, s'il manque, nous retrancher dans une abstention dangereuse. Trop peu de gaz peut-être épanché par un trou intestinal, trop facile et trop rapide peut en être l'obturation momentanée, comme nous l'avons vu au début de ce chapitre.

Au total, il nous reste un signe essentiel : la contracture. Tous les autres sont inconstants ou trompeurs.

Sachons affirmer vite notre diagnostic, avant les signes évidents de péritonite. Opérons toujours dès qu'il y a doute, et évitons cette situation funeste, de l'expectative dite armée, avec fréquent d'une insuffisance d'examen, d'une indécision coupable, de la part d'un clinicien qui sera au contraire « d'heure en heure plus désarmé ».

L'ABSTENTION OPÉRATOIRE ET L'INTERVALLE LIBRE DANS LES PLAIES DE L'ABDOMEN

La *notion de la laparotomie systématique* dans les plaies de l'abdomen est d'acquisition récente et, pendant la dernière guerre, nombreux furent encore les abstentionnistes. Mais il s'agissait là d'une chirurgie tout à fait spéciale, faite dans de mauvaises conditions, sur des sujets shockés ; affaiblis poly-blessés, infectés ou intoxiqués. La question pour eux était très spéciale, et on conçoit que le sujet prête à controverses. Au surplus, à la fin de la guerre, les opérations systématiques avaient gagné bien du terrain.

Ne nous occupons, pour l'instant, que de la pratique civile. Il n'y a guère qu'une trentaine d'années que l'entente s'est établie entre presque tous les chirurgiens sur la conduite à tenir dans les plaies de l'abdomen.

Il ne s'agissait point, en effet, d'admettre simplement qu'une plaie pénétrante certaine implique la laparotomie, mais encore qu'une pénétration seulement possible légitime un contrôle direct par l'ouverture de la cavité abdominale.

Dès 1881, sous l'impulsion de Marion SIMS, les chirurgiens américains avaient été les premiers à pratiquer et conseiller l'intervention systématique dans les coups de feu du ventre. Les résultats peu brillants qu'enregistrait la laparotomie, encore pleine d'insécurité, étaient peu faits pour augmenter le nombre de ses partisans. Aussi BERGER n'était pas sans excuse, quand il écrivait en 1889 : « Pour considérer la laparotomie dans les plaies par armes à feu de l'intestin comme une conquête de la chirurgie moderne, il faudrait une dose peu commune d'illusion ou d'optimisme chirurgical. »

Cependant on voit Pozzi en 1886, venir défendre à la Société de Chirurgie la thèse de l'opération immédiate « sous réserve d'être bien outillé et bien aidé ».

De son côté, TERRIER affirmait la nécessité de laparotomiser toujours toutes les plaies de l'abdomen.

Mais c'est seulement en janvier 1895 à la Société de Chirurgie que la doctrine de la laparotomie systématique a été formulée dans toute son ampleur, telle qu'elle est encore universellement admise.

Elle le fut par CHAPUT, à l'occasion d'une observation de ROCHARD. Celui-ci avait guéri deux perforations du cæcum par coup de couteau, avec issue de matières dans le ventre, en opérant 4 heures après l'accident.

Mais CHAPUT envisage aussi bien les plaies par armes à feu, et il n'hésite pas à poser cette question, encore pleine d'actualité : « Pour intervenir, dans une plaie de l'abdomen, faut-il attendre que les accidents permettent de diagnostiquer une lésion viscérale ? — Oui, disent BERGER et RECLUS. BERGER en 1891 avait écrit : « Dans les cas récents de plaie pénétrante de l'abdomen par balle, lorsqu'il n'y a pas d'accident, malgré les symptômes certains ou probables de pénétration, il est permis d'attendre, surtout lorsque la balle paraît avoir intéressé l'estomac ou le gros intestin. » Et cette conduite, il la défend encore en préconisant les signes dont l'absence légitime, pour lui, l'abstention, à savoir : la sensibilité du ventre, un certain degré de matité, un bruit hydroaérique à la percussion, la fréquence du pouls et de la respiration, l'anxiété.

Quant à RECLUS, des recherches expérimentales sur les chiens lui ont montré qu'un « bouchon muqueux » peut empêcher l'issue du contenu intestinal à travers une perforation petite, et que l'accolement d'une anse lésée aux anses voisines permet l'oblitération spontanée et la guérison de perforations plus larges. Enfin une statistique portant sur 88 coups de feu de l'abdomen traités par l'expectative, avec 66 guérisons, l'inclinent à réserver la laparotomie aux accidents infectés probants.

Toute autre est l'attitude de CHAPUT, soutenu par TERRIER, QUENU, BROCA, NELATON et SCHARWTZ. « Non seulement, dit-il, je fais la laparotomie toutes les fois que la plaie est pénétrante

avec ou sans symptômes, mais je la fais encore toutes les fois que la pénétration est douteuse. »

En effet, l'expectative n'est pas sans danger, à trop compter sur le rôle du bouchon muqueux ou sur les adhérences, on s'expose à de fréquents désastres. D'autre part, le diagnostic préalable que demande BERGER, est-il toujours possible ? Nullement. Il n'existe pas de « signe pathognomonique » pour diagnostiquer dans les premières heures une blessure des viscères abdominaux. La douleur, les vomissements précoces, la pâleur, le pouls, n'ont pas une signification nette. La température n'est guère modifiée, sauf les cas d'hémorragie ou de shock ; les hématomésos ou les selles sanglantes n'existent même pas toujours lorsque l'estomac ou le côlon sont atteints ; les signes de péritonite ne sont que trop tardifs. « La vérité, dit NELATON, c'est qu'en pratique, lorsque l'heure des symptômes a sonné, il est presque toujours trop tard pour intervenir avec sécurité. »

Devant cette faillite de la clinique, la laparotomie s'impose donc comme la seule intervention vraiment tutélaire. « Il vaut mieux cent fois, écrit encore JALAGUIER, ouvrir un ventre dans lequel n'existent pas de lésions viscérales que d'abandonner dans le péritoine une perforation de l'estomac ou de l'intestin. »

Précisant ensuite les indications et contre-indications opératoires, puis exposant la technique en ses détails mêmes, CHAPUT aboutit à des conclusions, dont chacune a été, depuis, confirmée par les faits.

L'expectative, même armée, a perdu ses derniers partisans ; sous le masque d'un vocable séduisant, elle a réservé trop de surprises décevantes.

Si bien qu'à l'heure actuelle, on peut considérer comme définitivement établie la doctrine de l'intervention systématique, aussi précoce que possible, dans tous les cas où une plaie abdominale, qu'elle soit par instrument tranchant, piquant, ou par coup de feu, est susceptible d'être pénétrante, avec ou sans lésions viscérales.

Nous devrions donc ne plus connaître les intervalles libres des plaies de l'abdomen, puisqu'on opère toujours, dès qu'on suspecte la pénétration. Voyons malgré tout certains arguments, tirés d'observations, qui pourraient donner raison aux temporisateurs. Certes une évolution spontanée favorable est possible

dans certains cas. Nous verrons qu'ils sont trop rares et trop incertains pour que nous puissions nous permettre de ne pas laparotomiser systématiquement tous les blessés de l'abdomen.

Le blessé vient d'arriver. Que nous soyons en guerre ou en pratique civile, l'interrogatoire sera le même. Il comporte huit questions : *l'heure de la blessure, la nature de l'agent vulnérant, la position occupée par le blessé.* — *Souffre-t-il ? A-t-il vomé ? A-t-il eu une selle ? A-t-il rendu des gaz ? A-t-il uriné ?* C'est tout.

L'examen comprend :

1° La vue du ou des orifices, de leur siège, de leur forme, du contenu et de l'écoulement.

2° La constatation de la douleur provoquée d'une contracture qui sera localisée ou généralisée.

3° La recherche d'une sonorité préhépatique, d'une matité des fosses iliaques ou des flancs.

4° On y joindra l'examen général : faciès, pouls, tension artérielle, dyspnée, agitation, refroidissement, température.

Accessoirement on pratiquera un cathétérisme urétral, un toucher rectal, une radio.

Ceci fait, deux questions se posent :

1° *la plaie est-elle pénétrante ?*

2° *des viscères sont-ils atteints ?*

Cela suffit à dicter la conduite thérapeutique. Un seul facteur peut intervenir désormais pour modifier la décision opératoire, c'est l'état général du blessé.

Y a-t-il shock ? La laparotomie sera peut-être utilement différée.

Y a-t-il hémorragie ? L'opération est au contraire faite sans délai et telle blessure qui semblait judiciable de l'abstention demande une intervention immédiate.

LA PLAIE EST-ELLE PÉNÉTRANTE ?

Au moment de la blessure, la gravité de l'état de shock n'a aucune valeur pour le diagnostic de pénétration. Il n'est pas

proportionnel aux lésions. Il faut commencer par le traiter (sérum toni-cardiaques, réchauffement).

Il est à noter toutefois que si le blessé sort rapidement de cet état, il y a des chances pour qu'il n'y ait pas pénétration.

De même l'absence de douleur et la souplesse du ventre au moment de la blessure ne sauraient constituer un élément en faveur de la non pénétration, à l'inverse, on connaît le *syndrome para-péritonéal* de J. QUÉNU, dans les plaies pariétales pures.

Le diagnostic est d'autant plus difficile à faire que la blessure est récente. Méfions-nous aussi des *orifices extra-abdominaux*.

Chez un blessé de BOUVIER et CAUDRELIER observé un quart d'heure après sa blessure, le ventre est souple, indolore, l'orifice dans la région inguino-crurale, le pouls est normal, le shock minime. On attend. 2 heures après ventre rétracté et douloureux, vomissements. On opère : trois perforations du grêle. Mort.

Nous insisterons aussi, en passant, sur la fréquence de la pénétration dans les *plaies de la fesse*.

« Plaie de la fesse, avec fesse bombée, attention à la bouillie musculaire, aux lésions artérielles, à la gangrène ! Plaie de la fesse avec fesse plate : attention à la pénétration abdominale ! »

Ces plaies pénétrantes de la fesse sont trop souvent méconnues, et trop souvent considérées comme anodines.

Nous y ferons attention, à plus forte raison s'il y a un long trajet fessier transversal.

ROUVILLOIS rapporte deux cas de perforation du rectum péritonéal et du côlon sigmoïde par plaies de la fesse, vues seulement à l'autopsie.

Ainsi les embûches sont nombreuses. On peut se laisser égarer par une plaie éloignée qui ne paraît pas abdominale, et on peut se laisser prendre à une symptomatologie rassurante. Plus tard cette symptomatologie se précise, mais alors, s'il y a pénétration, ce sont des signes de péritonite qui apparaissent. Il est déjà bien tard pour faire œuvre utile. Tout se passe comme s'il existait, au début, un état de sidération du péritoine donnant lieu à un intervalle libre particulièrement traître. Les premiers signes d'alarme sont toujours en retard sur les lésions.

SUR QUELS SIGNES ALLONS-NOUS DONC NOUS BASER
POUR INTERVENIR ?

Passons sur l'issue d'une anse intestinale de matières ou de gaz par la plaie. Ces symptômes sont trop affirmatifs. N'y comptons pas.

La plupart du temps, nous sommes en présence d'un tout petit orifice déjà obturé par un caillot ou par le glissement des plans musculo-aponévrotiques. Il faut essayer de reconstituer le trajet.

S'il y a *deux orifices*, c'est facile, encore faut-il tenir compte de l'épaisseur de la paroi et penser qu'il peut s'agir de deux orifices d'entrée.

Dans le cas d'un seul orifice, c'est là que peut être utile la *localisation radiologique* d'un projectile.

Cependant, on devra toujours faire des réserves.

« Il me paraît absolument impossible, dit QUÉNU, (Société de Chirurgie 22 juin 1915) d'affirmer par la seule topographie des deux plaies d'entrée et de sortie, la pénétration viscérale et, dans certains cas même la pénétration péritonéale. Les plaies abdominales peuvent rester tangentielles, non seulement quand les deux orifices sont du même côté et rapprochés, mais même lorsque l'un siège franchement à la partie antérieure du ventre, et l'autre en arrière.

L'immobilité respiratoire de l'abdomen avec respiration costale supérieure est un bon signe de pénétration, mais c'est déjà un signe tardif. Une *contracture* localisée au côté blessé et à la région intéressée par le sêton ou la plaie, n'a aucune valeur généralisée, tendant au ventre de bois, elle devra nous faire faire de grandes réserves. »

QUÉNU (Soc. de Chir. 20 sept. 1915) fait remarquer qu'elle *peut manquer avec la pénétration* (5 fois sur 45) *alors qu'elle peut exister* (4 fois sur 45) *sans pénétration*.

L'arrêt des matières et des gaz est un signe trop tardif pour retenir sérieusement notre attention. On peut même voir une diarrhée paradoxale et trompeuse. Un blessé de DELAY et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, blessé du côlon transverse, eut une selle abon-

dante en arrivant au poste de secours, 4 heures après sa blessure.

Ce cas, malgré tout, n'est pas classique, et ABADIE, d'Oran, écrit dans son traité des blessures de l'abdomen (1918) : « Toutes les fois qu'un blessé a pu, après l'accident, expulser quelques gaz, on peut être affirmatif sur la non-pénétration. » Mais il ajoute : « La réciproque n'est pas vraie et absence de gaz ne suffit pas pour conclure à la pénétration. »

Sans valeur aussi les nausées et vomissements, à moins d'une hématomérose. Une selle sanglante entraînerait la décision, mais elle est exceptionnelle. On n'attendra pas non plus la douleur, signe trop tardif.

Enfin, il faudra savoir rechercher une matité des flancs, un *pneumopéritoine*. Au total, ce sera un diagnostic fait de nuances, où les signes physiques et fonctionnels auront le pas sur les signes généraux (faciès, pouls) toujours plus tardifs, ou faussés au début par l'état de shock.

Rappelons-nous encore, avant d'affirmer la pénétration, la possibilité du syndrome parapéritonéal décrit par QUÉNU.

ROUVILLOIS, pour un petit projectile entré au-dessus de la symphyse observe une douleur généralisée avec défense et tympanisme. Vomissements, pouls 120. Respiration superficielle. Or l'opération n'enlève qu'un petit éclat d'obus intrapariétal.

En cas de doute, si on ne peut débrider un séton de bout en bout, mieux vaut faire une laparotomie.

« J'admets l'abstention, dit encore QUÉNU (Soc. de Chir. 16 juin 1915) lorsque la situation des deux plaies d'entrée et de sortie, toutes les deux dans une région postéro-latérale, autorise à supposer un trajet tangentiel, tandis qu'à mon avis la plaie abdominale unique commande l'intervention chirurgicale, où qu'elle siège. »

« Dans le cas où le diagnostic est douteux, nous sommes toujours restés fidèles à la laparotomie exploratrice (ROUVILLOIS Soc. de Chir. 14 mars 1917). »

« L'indication opératoire résulte pour nous de la probabilité d'une pénétration abdominale. Dans les toutes premières heures, la symptomatologie peut être fruste. Le signe de la contracture peut lui-même manquer. Il ne faut point se laisser leurrer par la bénignité provisoire du tableau clinique et il importe de véri-

fier, en partant de la plaie, quand cela est possible, la pénétration ou la non-pénétration (DUJARRIER Soc. de Chir. 13 avril 1917). »

Une autre cause d'erreur et de temporisation vient de ce qu'une plaie, même pénétrante, peut être muette et ne pas léser de viscères.

Tout d'abord, si le projectile s'arrête à bout de course, dans le ventre, on conçoit qu'il puisse s'insinuer, glisser entre les anses, s'arrêter entre les plis du mésentère et des mésos sans léser d'organes.

DELORE opère tardivement un blessé de l'abdomen et trouve une pile de louis d'or tombés dans le Douglas, sans autre lésion.

D'autres fois, le projectile peut traverser en séton l'abdomen sans léser de viscères. TUFFIER en cite 31 cas sur 275 opérations.

Un blessé d'ABADIE a le foie écorné par un éclat d'obus, qui a glissé ensuite devant le côlon transverse, puis s'est insinué entre le côlon ascendant et la masse grêle pour gagner la paroi postérieure. Aucun signe abdominal. Pas d'opération.

On connaît aussi les pratiques bizarres de cette secte d'Arabes qu'on nomme les « Aïss-Aoua ». Au cours de leurs danses sacrées, ils s'enfoncent des lances ou des lames d'acier aiguisé dans l'abdomen. Jamais il n'en résulte une seule péritonite. Comme ils enfoncent leurs poignards très lentement, sans doute l'intestin fuit-il devant la pointe qui s'insinue ainsi entre les anses et les mésos.

N'allons pas tirer de ces quelques cas isolés de plaies pénétrantes sans lésions viscérales, argument à temporisation, parce qu'il n'y a pas de signes abdominaux alarmants. Ne pas opérer dans ces cas serait une imprudence impardonnable. Ignorons-nous donc le danger d'infection ? Peu à craindre en pratique civile et dans toutes les plaies par balles, elle est redoutable en pratique de guerre.

Et que dire de la contusion possible d'une anse intestinale et de la chute secondaire d'une escarre avec péritonite consécutive ?

Il n'est pas nécessaire qu'une plaie pénétrante de l'abdomen n'ait pas lésé de viscères pour être muette. Il est incontestable qu'un certain nombre de lésions viscérales peuvent se réparer

spontanément. Là encore, n'y comptons pas ; l'expérience réserve trop de déboires.

Les données classiques admettent qu'une perforation exigüe du grêle peut se réparer spontanément. Elle le fait par la triple action du trajet oblique, du bouchon muqueux qui fait hernie par la petite perforation et aussi grâce au rôle protecteur de l'épiploon. Peut-être est-ce grâce à ce processus que nos fakirs arabes de tout à l'heure n'ont pas plus de péritonites.

La traversée oblique de la paroi intestinale empêche la concordance des différents plans perforés ; l'oblitération se fait alors par glissement des tuniques intestinales, les unes sur les autres. En outre, le bouchon muqueux empêche l'issue du contenu septique et les adhérences, facilitées par la septicité légère de ce bouchon muqueux, qui détermine une réaction de défense tout alentour, accolent, l'épiploon salulaire aidant, l'anse lésée aux viscères, aux anses, au péritoine pariétal voisins.

On conçoit que cette évolution spontanée nécessite des circonstances bien particulières. Il faut encore pour tout cela que l'orifice soit petit, à bords réguliers, que la muqueuse puisse y faire hernie et y être serrée. Il faut que le blessé ne bouge pas, ne soit pas remué, que l'intestin soit vide.

Sans doute, ces conditions peuvent-elles se trouver réalisées. SCHWARTZ et MOQUOT citent le cas de dix perforations par balles spontanément oblitérées.

Mais en admettant même qu'elles se produisent (et il n'y faut pas compter). Combien cette réparation spontanée de l'intestin sera fragile.

Une observation de CHEVASSU en est une preuve typique. Un blessé eut le tort de se lever pour aller à la selle le 6^e jour alors que son état était excellent et son ventre tout à fait souple. L'autopsie montra huit perforations toutes petites, de 3 millimètres de diamètre, toutes aveuglées, sauf une, par les adhérences des anses entre elles. Ce travail plastique n'avait cependant pas résisté, au 6^e jour à des mouvements un peu brusques.

Nous pourrions encore citer ces cas où l'abstention, basée sur un manque de signes, a semblé donner raison, dans les premiers jours à cette théorie.

MICHON retire d'un duodenum, après 42 jours, un éclat d'obus de 7 centimètres entré par la face antérieure de l'estomac. Un

autre blessé guérit d'une perforation postérieure de l'estomac grâce à un abcès tardif de l'arrière cavité.

Bien des plaies du foie, sauf les gros délabrements, ont aussi de fortes chances de guérir spontanément. Les sillons tangentiels, les tunnels borgnes ou sétos complets par projectiles non doués d'une force vive assez violente pour produire des lésions d'éclatement, les déchirures ou broiements marginaux limités, sans fissures irradiées profondément, ces différentes blessures, et surtout les dernières, déterminent des hémorragies abondantes mais qui s'arrêtent spontanément au bout de peu de temps. Une opération ayant pour but l'hémostase directe exposera le plus souvent à une reprise de l'hémorragie et si l'on parvient à arrêter cette dernière (points en U tamponnement) c'est qu'elle avait de grandes chances de s'arrêter d'elle-même. Les plaies par balles du foie se referment extérieurement et la lésion évolue fermée. Nombreux sont les cas où la radioscopie montre une balle incluse en plein parenchyme. L'écoulement de bile est assez fréquent, surtout avec les projectiles irréguliers, mais il se tarit spontanément. En somme, sauf gros délabrement, les plaies du foie ont de fortes chances de guérir sans qu'on les opère.

Allons-nous pour cela ne pas intervenir dans une plaie de l'abdomen pour laquelle l'orifice siège dans la région préhépatique ? Trop hypothétique est l'atteinte isolée du foie.

Pour nous résumer, nous dirons qu'on n'est jamais absolument sûr qu'une plaie ne soit pas pénétrante et qu'une plaie pénétrante, même sans symptômes, offre des chances de guérison spontanée trop aléatoires, pour qu'on soit autorisé à tenter la temporisation. Dans le plus grand nombre des cas, les caractères des plaies et le syndrome clinique affirment la pénétration abdominale et viscérale : il faut faire la laparotomie.

Les seuls cas dans lesquels l'abstention sera choisie nécessitent une telle précision dans la connaissance du trajet qu'ils demeurent exceptionnels et ne sont guère compatibles qu'avec deux orifices d'entrée et de sortie, ou un orifice et la localisation radioscopique du projectile.

La plaie abdominale unique commande l'intervention, où qu'elle soit, même en cas de silence abdominal complet.

Une plaie petite, même insignifiante en apparence ne veut

jamais dire lésions bénignes. Trop souvent, au contraire, elle masque des lésions étendues et graves.

Contracture de la paroi et accélération du pouls sont, à tout prendre, les symptômes les plus utiles pour établir l'indication opératoire et porter un pronostic.

Différer le diagnostic et le choix du traitement n'est jamais admissible.

Une exploratrice superflue ne tue jamais un blessé, à condition de traiter d'abord l'état de shock. Elle est toujours préférable aux aléas de l'attente.

Hésitation dans le diagnostic ne doit jamais, en matière de plaie de l'abdomen, être synonyme d'hésitation dans le traitement.

DEUXIÈME PARTIE

Pathogénie de l'accalmie traîtresse.

Nous avons jusqu'à présent relaté des faits cliniques et montré l'accalmie traîtresse, l'intervalle libre abdominal, comme étant un syndrome général, pouvant se rencontrer avec une fréquence variable dans toutes sortes d'affections abdominales aiguës. Nous avons aussi prouvé qu'il s'agissait d'un *événement rare*, si l'on voulait être sévère sur le sens à donner au terme « d'accalmie traîtresse ». La trêve absolue, le silence abdominal total existent assurément, mais on en compte les cas. La plupart du temps, l'accalmie ne fut que relative, tempérée par la persistance ou l'apparition de symptômes souvent frustes il est vrai, mais réels. Si nous avions voulu nous en tenir dans cet ouvrage à la description de l'accalmie traîtresse pure, nous l'aurions achevé beaucoup plus tôt. Mais c'eût été faire œuvre bien incomplète et puisque nous avons entrepris de signaler les pièges, facteurs de temporisation et de retard, il nous fallait dénoncer, à côté de la trahison d'une évolution sournoise contre laquelle on ne peut rien, celle, bien plus fréquente, d'un examen léger ou trop optimiste d'une thérapeutique inappropriée ou d'une indécision funeste. D'ailleurs il est impossible de séparer d'une façon aussi rigoureuse la vraie de la fausse accalmie traîtresse. Nous avons déjà dit maintes fois et nous répétons encore, que ce syndrome doit perdre du terrain devant les progrès de la clinique qui en feront bientôt une affection historique. C'est sur cette idée que nous espérons laisser le lecteur.

Mais avant de terminer, il nous paraît intéressant d'essayer de dégager quelques idées générales sur la pathogénie du phénomène. Demandons-nous pourquoi le rideau se trouve ainsi tiré tout à coup tandis que la lésion évolue et se complique. Sans doute y gagnerons-nous en prudence pour des examens futurs plus précis, et des pronostics moins facilement optimistes.

Nous avons au début de cette thèse divisé l'étude des syndromes abdominaux urgents en quatre grands chapitres :

Péritonites, occlusions, hémorragies, traumatismes.

Gardons cette distinction commode et voyons successivement ce qui se passe, lors de la disparition ou de l'atténuation de chacun de ces syndromes. Il nous paraît utile toutefois de rattacher les traumatismes aux péritonites et aux hémorragies. Nous nous trouvons ainsi amenés à analyser trois cas bien tranchés : *la disparition des signes de péritonite, la cessation d'un état occlusif, l'amélioration d'un tableau d'hémorragie interne.* Enfin nous dirons quelques mots d'un état qui peut être commun à tous ces syndromes et qui, par sa disparition, peut induire en erreur à savoir : *l'état de shock.*

Mais pour bien comprendre ce qui se passe lors de la disparition d'un symptôme, il nous faut en connaître l'explication normale.

« *Quand on connaît le mécanisme du phénomène, écrit Claude Bernard, dans son Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale, on peut en suivre et en comprendre toutes les phases. Voilà pourquoi nous cherchons à en constituer la théorie physiologique, parce qu'en science c'est toujours la théorie qui règle la pratique, autrement on ne fait que de l'empirisme.* »

Ce qui nous intéresse au sujet d'un malade présentant un ventre aigu, c'est de savoir s'il souffre, s'il vomit, s'il a eu des selles et des gaz, c'est la recherche de la souplesse ou de la contracture pariétale, du ballonnement, du péristaltisme, c'est l'examen général, température, pouls, faciès. Munis de ces données nous interviendrons ou nous temporiserons. C'est la disparition de certains de ces symptômes exceptionnellement de tous à la fois, qui constitue l'accalmie traîtresse. Commençons donc par les analyser un par un, et voyons à quoi ils correspondent.

EXPLICATION PHYSIO-PATHOLOGIQUE DES SYMPTOMES NORMAUX D'UNE AFFECTION ABDOMINALE AIGÜE

LA DOULEUR ABDOMINALE.

C'est le symptôme qui frappe le plus, ou tout au moins celui qui intéresse le plus le malade. Sa disparition sera immédiatement signalée par lui, c'est le phénomène le plus patent et qui ne manquera jamais dans aucun des tableaux d'accalmie traîtresse.

Un premier fait est certain, et facilement vérifiable, c'est l'*extrême sensibilité du péritoine pariétal* qui réagit douloureusement dès qu'on l'irrite, par exemple lorsqu'on incise une paroi abdominale mal infiltrée par une anesthésie locale insuffisante. On peut discuter pour savoir si c'est le péritoine pariétal lui-même ou le tissu cellulaire sous-péritonéal qui est ainsi sensible, peu importe, les déductions à en tirer sont les mêmes.

Continuons notre exemple de l'opération abdominale sur un malade éveillé. Dès qu'on tire tant soit peu sur les organes pour les extérioriser, le malade souffre, mais il ne s'agit plus de cette douleur aiguë très vive, localisée à la section, arrachant des cris au patient, qui caractérisait l'effraction du péritoine pariétal, mais d'une douleur plus vague, imprécise, médiane et profonde.

Les *mésos sont donc sensibles* à la traction. Ils le sont encore à la ligature et à la section. Leur infiltration ou celle des splanchniques est indispensable pour éviter cette douleur.

Par contre, les *viscères eux-mêmes sont absolument insensibles* en dehors de toute anesthésie splanchnique ou des mésos. On peut piquer, pincer, sectionner, thermocautériser un intestin ou un estomac sur un malade éveillé sans qu'il éprouve la moindre

douleur. Comment expliquer maintenant que les inflammations ou distensions viscérales, le spasme des musculatures lisses de l'intestin, les perforations puissent engendrer une gamme douloureuse depuis les malaises les plus anodins jusqu'aux paroxysmes les plus violents ?

MACKENZIE émet sur la douleur abdominale une hypothèse fort séduisante. Pour le physiologiste anglais, les viscères ne sont insensibles à l'état normal que parce que les mille et une excitations du mouvement splanchnique sont insuffisantes par elles-mêmes pour franchir dans la moelle la barrière neuromérique où elle subirait une sorte d'inhibition. Les excitations chirurgicales : piqûres, sections, pincements, feraient partie de ces excitations insuffisantes. Dès lors toute la vie végétative est inconsciente, malgré la présence d'afférences sympathiques, à même de réagir plus vivement dans la maladie. Survient-il une excitation viscérale adéquate, une inflammation d'organe, une appendicite par exemple, celle-ci parvient au segment médullaire avec lequel l'organe lésé est collecté. Elle y lève alors l'inhibition physiologique et gagne la conscience en empruntant les voies sensibles de relation du voisinage. La conscience va donc rapporter la douleur non pas au viscère, mais à la périphérie, au niveau du territoire cutané correspondant au point de distribution périphérique du nerf sensible, dont le centre médullaire a été excité. MACKENZIE cite l'exemple d'un ulcère sur un estomac ptosé dont la douleur reste épigastrique malgré la situation presque pelvienne de l'organe.

Il s'agit donc d'une *douleur projetée* et l'auteur lui donne le nom de *réflexe viscéro-sensitif*, appellation d'ailleurs très mauvaise, car il ne s'agit pas d'un arc réflexe, mais d'un aiguillage de l'influx nerveux viscéral sur une voie centripète périphérique.

Cette théorie de la douleur viscérale projetée est loin d'expliquer tout. Il existe des douleurs abdominales vagues, imprécises, profondes, des sensations de pesanteur des hépatiques, les malaises indéfinissables de toutes sortes d'affections digestives, et dès 1888, ROSS insistait, à côté de la *douleur somatique* répondant à celle que nous venons de décrire, sur la *douleur splanchnique ou viscérale pure*.

Plus près de nous, LEMAIRE, guidé par les expériences de

DANIELOPOLU qui, par l'anesthésie locale dissociait la douleur de l'angine de poitrine en douleur pariétale thoracique, et en douleur cardiaque pure, eut l'idée de pratiquer l'anesthésie locale de la région cutanée abdominale où la douleur était ressentie. Il arriva à calmer ainsi une colique hépatique, une douleur anxieuse des douleurs gastriques, mais jamais il ne les guérit complètement, car une gêne profonde, vague, indéfinissable, persistait chez ces malades. Du même ordre serait l'atténuation des douleurs si souvent constatées après la pose d'une vessie de glace. Nous sommes donc en présence d'une douleur viscérale indiscutable, *elle est d'ordre sympathique*. D'ailleurs, comment comprendrions-nous les heureux effets de l'anesthésie des splanchniques en chirurgie gastro-intestinale si nous en niions le rôle ? Comment expliquerions-nous aussi les phénomènes nerveux d'ordre général : les syncopes, la pâleur, le pouls filant, le collapsus observés au cours de certains syndromes douloureux abdominaux autrement que par le rôle du sympathique ? Rappelons encore la thèse de LAIGNEL-LAVASTINE (1903) où il décrit son syndrome de paralysie du plexus solaire dans les péritonites. Il va même jusqu'à trouver des lésions histologiques vérifiées des ganglions préaortiques dans des affections telles que l'ulcère perforé et l'appendicite.

Enfin citons en passant la théorie intéressante, surtout depuis qu'on parle de sympathectomies périartérielles jusque dans les thromboses mésentériques, de l'Allemand KAPPIS (*Klinische wochenschrift* 22 oct. 1925). Il situe la sensibilité des viscères et des mésos dans les plexus vasculaires. Ce détail pourra avoir sa place tout à l'heure lorsque nous parlerons de la thrombose appendiculaire.

Mais le réflexe viscéro-sensitif de MACKENZIE, la douleur viscérale pure de LEMAIRE ne peuvent encore expliquer tous les cas. LENNANDER affirme la nécessité pour qu'il y ait douleur abdominale de l'excitation directe de la fibre sensible de relation par l'intermédiaire de la *séreuse pariétale*. Pour le chirurgien suédois et son école, l'insensibilité des viscères qui sont innervés par le système nerveux végétatif est absolue aussi bien à l'état normal que pathologique. Pour qu'une excitation viscérale quelle qu'elle soit puisse éveiller la conscience, il faut qu'elle emprunte la voie sensible de relation au niveau de la séreuse pariétale

ou des mésos. Les afférences de relation d'origine pariétale pénétreraient en effet dans le méso jusqu'à 2 centimètres des anses grêles. L'abdomen ne serait sensible qu'au niveau du péritoine pariétal et des attaches viscérales qui n'en sont que les duplicatures. L'un et l'autre sont dotés d'afférences cérébro-spinales qui n'ont aucune relation avec les organes eux-mêmes.

La douleur de la colique intestinale serait causée par la friction de l'anse en spasme sur la tunique séreuse de la paroi abdominale. La douleur de la colique du grêle par une torsion du mésentère, la douleur de l'appendicite par une lymphangite du méso, ou par le contact de l'organe enflammé avec la paroi, celle de l'ulcère perforé par le jet irritant de liquide gastrique sur le péritoine pariétal. Les douleurs du péritoine ont un caractère épicritique et s'accompagnent de rigidité musculaire ; elles sont localisées exactement par la conscience. Les douleurs mésentériques sont vagues et imprécises dans leur localisation. Dans certains cas les douleurs ligamentaires peuvent s'irradier dans le domaine sensible péritonéal.

Sans être aussi absolu que ce défenseur du péritoine pariétal, nous ne pouvons faire autrement que de lui attribuer un rôle considérable. Pourquoi dans une appendicite retro-cœcale, est-ce en arrière, au-dessus de la crête iliaque, qu'il faut rechercher douleur et contracture à l'endroit où l'appendice est au contact du péritoine alors que la fosse iliaque est souvent muette ? J. MORLEY examine à la radio de nombreux malades atteints d'ulcère ; il remarque que si l'on entoure la zone douloureuse pariétale indiquée par le patient d'un fil métallique, on retrouve toujours une coïncidence précise entre le siège de l'ulcère et le siège de la douleur dénoncée. Cette coïncidence douloureuse se retrouve dans toutes les positions d'examen : debout, couché, et en décubitus latéral. Mais si, après laparotomie à l'anesthésie locale, on pince la zone ulcéreuse, on n'arrive pas à provoquer une douleur directe alors que ce même ulcère était sensible à travers la paroi abdominale. Comment expliquer ce phénomène autrement que par un contact entre l'ulcère et le péritoine pariétal antérieur ? Que cet ulcère se perforé, c'est le liquide irritant jaillissant de l'estomac sur la face profonde du péritoine, qui va déterminer la douleur. Nous en comprenons aussi la migration. Le liquide à mesure qu'il s'épanche irrite le péritoine de proche

en proche, et c'est ainsi que l'on peut envisager l'explication de la douleur pseudo-appendiculaire de l'ulcère perforé. C'est aussi cette migration de l'épanchement abdominal qui explique certaines douleurs de l'épaule par irritation du phrénique. Nous savons que la douleur élevée de la rupture de grossesse tubaire est une indication opératoire urgente et formelle. Elle indique que l'inondation a atteint l'étiage du péritoine diaphragmatique.

Ainsi, pour nous résumer sur ce chapitre de la douleur abdominale, considérons qu'elle reconnaît deux points de départ : un point de départ pariétal, et un point de départ viscéral. Munis de ces données nous en comprendrons facilement tout à l'heure la disparition.

LA CONTRACTURE PARIÉTALE.

Après la douleur, étudions un autre symptôme dont la valeur est capitale dans la décision opératoire, et dont la pathogénie est étroitement liée à celle que nous venons d'exposer. Là encore nous allons trouver les deux grandes théories précédentes, théorie viscérale et théorie pariétale.

Théorie viscérale. — SHERRINGTON sectionne certains nerfs viscéraux et excite leur bout central ; il obtient une contracture des muscles abdominaux en réponse, mais cette réponse disparaît s'il sectionne les branches antérieures des nerfs rachidiens correspondants.

MACKENZIE vient à l'appui de ces expériences et calque sur son réflexe viscéro-sensitif un *réflexe viscéro-moteur*. Il rapporte de nombreux cas de contracture abdominale qu'il eut l'occasion d'observer au cours de coliques néphrétiques ou de crises appendiculaires sans atteinte de la séreuse, précise-t-il. Cette dernière phrase est sujette à controverse, car nous savons que toute appendicite s'accompagne d'un certain degré de péritonite, nous eussions préféré qu'il nous parlât de volvulus appendiculaire. Bref, pour l'instant, passons outre.

C'est alors que MACKENZIE dresse son schéma du réflexe viscéro-moteur. Rapportons-nous à ce qu'il disait du réflexe viscéro-sensitif. Que l'excitation viscérale se réfléchisse sur un neurone moteur de la vie de relation, la réponse sera une contrac-

tion musculaire, dans le domaine myomérique correspondant, et si cette excitation est assez intense et prolongée, nous aurons une contracture, c'est-à-dire une contraction permanente. Ici la contracture, comme la douleur, est projetée. Cette projection comporte une notion de métamérie. Les viscères, à défaut de viscéromères, sont connectés par la voie sympathique avec des étages déterminés de la moelle ou neuromères. A ceux-ci correspondent à la périphérie des tranches cutanées de sensibilité ou dermatomères ainsi que des territoires musculaires souvent dispersés ou myomères. L'estomac, par exemple, étant connecté avec la moelle au niveau des segments D5-D9 réfléchit sa sensibilité dans les segments cutanés D5-D9. Il en sera de même de la contracture musculaire que ces affections engendrent et qui sera cantonnée dans les myomères D5-D9, c'est-à-dire dans la moitié supérieure des muscles grands droits.

Théorie pariétale. — Sans prendre partie contre la théorie précédente qui semble reposer tout de même sur certains faits expérimentaux et sur des constatations cliniques — encore qu'il y ait lieu de se demander si la contracture décrite n'a pas été confondue avec la défense provoquée par l'examen, — il est certain que les partisans du rôle prépondérant du péritoine pariétal ont la partie beaucoup plus belle.

Ils ne nient pas la sensibilité viscérale et la possibilité d'un réflexe viscéro-moteur, mais il est bien rare que la contracture soit causée par la seule excitation viscérale. Une distension du rein ou de la vessie ne donne pas de contracture ; une occlusion mécanique n'en donne pas davantage. Il faut autre chose, il faut une atteinte de la séreuse péritonéale, et même nous dirons plus : *il faut une atteinte de la séreuse pariétale*. Une appendicite méso-coélique évolue souvent en sourdine parce que le foyer est loin de la paroi. Des sutures intestinales du grêle qui se relâchent permettent l'établissement à bas-bruit d'une péritonite parce qu'il faudra un certain temps avant que la séreuse pariétale soit impressionnée et que la contracture s'installe. Il peut en être de même d'une appendicite rétro-cæcale, si nous ne pensons pas à rechercher douleur et contracture en arrière, c'est-à-dire au contact du foyer. Rappelons à ce sujet que Zachary COPE divise le péritoine en deux zones : *démonstrative* et *non-démonstrative*. La première, la plus étendue, correspond à la paroi

abdominale antérieure et à tous les viscères situés derrière elle, la seconde correspond au pelvis et à la paroi abdominale postérieure. Nous ne saurions admettre complètement cette distinction et excuser en invoquant une zone muette une insuffisance d'examen : l'oubli du toucher rectal ou du palper rétro-cæcal.

Nous en arrivons donc avec LENNANDER, avec MORLEY à retrouver comme pour la douleur la *théorie du péritoine démonstratif*.

La contracture serait un réflexe sensitivo-moteur, les deux parties de l'arc-réflexe appartenant au système nerveux somatique, en l'espèce, les nerfs abdominaux.

HOFFMANN démontre sur le chien qu'il n'y a pas de contracture tant que le péritoine pariétal n'est pas atteint. Il réalise pour cela des poches tapissées uniquement de péritoine pariétal ou de péritoine viscéral. Il les badigeonne d'huile de térébenthine. Seule l'excitation des poches de péritoine pariétal détermine une contracture telle que l'animal marche plié en deux. Et il obtient cette contracture en sectionnant le pneumogastrique et la chaîne sympathique et même encore en extirpant les ganglions cœliaques et mésentériques.

Tout récemment, notre collègue MAËS a mis en évidence dans sa thèse de 1933 le rôle du péritoine pariétal. Il constate une contracture chaque fois qu'il irrite celui-ci, tandis qu'il n'obtient rien, chaque fois qu'il irrite un viscère. Toutefois il observe une contracture s'il vient à tirer sur un méso ou sur le grand épiploon. Il injecte du sérum physiologique et du sang dans le péritoine, la réponse est une contracture, mais elle cesse dès que la pression de l'injection baisse. Enfin il réalise une perforation gastrique et la contracture apparaît au bout d'une heure quand l'issue du suc gastrique a fait son œuvre d'irritation pariétale.

En outre, à l'occasion d'interventions sur des péritonites, MAËS prélève des fragments de péritoine pariétal. L'examen histologique révèle des altérations anatomiques de la séreuse et du tissu cellulaire sous-péritonéal dont l'intensité est exactement superposable aux différents degrés de contracture observés avant l'intervention chez les malades.

En résumé, la *contracture nous apparaît comme un réflexe musculaire parfois en rapport avec une excitation viscérale, plus souvent avec l'atteinte de la séreuse pariétale*. C'est un symptôme

primordial dont nous avons appris toute la valeur dans le diagnostic et les indications opératoires. Rappelons toutefois que son intensité peut être variable et reconnaître un *facteur subjectif*. Comme le dit COPE, alors que chez certains malades un simple œdème inflammatoire du tissu cellulaire sous-péritonéal s'accompagne d'un ventre de bois (syndrome para-péritonéal de QUÉNU) chez d'autres, au contraire, la paroi reste plus ou moins souple, malgré une irritation beaucoup plus marquée. D'autre part, pour faire de la contracture il faut des muscles ; nous ne l'attendrons pas chez le vieillard à paroi déficiente, chez la femme grasse ou celle dont la sangle abdominale n'existe plus. Enfin, comme il s'agit d'un réflexe sous la dépendance des centres nerveux, nous ne serons pas étonnés de voir évoluer certaines appendicites à formes hypertoxique avec un ventre souple, ou une pancréatite hémorragique dont l'épanchement abdominal est cependant si irritant.

Douleur contracture sont des symptômes d'une valeur indiscutable dans l'évolution d'un ventre aigu et dans la détermination opératoire. C'est pourquoi nous avons voulu leur donner la première place dans notre étude pathogénique. Les autres symptômes nous retiendront moins longtemps.

LES VOMISSEMENTS.

Ils n'ont pas en eux-mêmes une signification primordiale, sauf dans certains cas très nets comme les vomissements fécaloïdes de l'occlusion à un stade ultime, ou comme l'hématémèse d'un contusionné de l'épigastre. Dans la plupart des cas qui nous occupent, le *vomissement n'attirera notre attention qu'en fonction d'autres symptômes*, pour nous renseigner sur l'évolution de la maladie. Nous jugerons grave une péritonite appendiculaire qui vomit incessamment. De même, nous avons appris à la lumière des travaux récents (GOSSET, BINET), le rôle de ce symptôme dans la déshydratation, et la déchloruration de l'organisme chez les occlus. Il nous faut donc d'autres éléments associés pour lui attribuer quelque valeur : contracture, pouls, faciès, météorisme. Ceci mis à part, il s'agit d'un phénomène trop banal et trop commun à d'autres affections non chirurgicales de

l'abdomen et même extra-abdominales pour que nous lui reconnaissons une valeur absolue. A l'inverse, l'expérience clinique nous commande de *savoir nous passer de sa présence*. Un malade atteint d'ulcère perforé vomit son dernier repas au moment de son attaque douloureuse. Vu deux heures plus tard, il peut n'avoir plus présenté aucun vomissement; le tableau clinique n'en est pas moins des plus graves. On voit, quoique ce soit assez rare, des appendicites aiguës évoluer sans la moindre nausée, et cependant douleur, contracture et pouls nous ont suffi à poser le diagnostic et l'indication opératoire. Il n'en est pas moins vrai, qu'il y a dans l'absence de vomissements ou leur cessation, un argument réel de temporisation surtout si d'autres modifications favorables sont en même temps constatées, s'il y a, par exemple en même temps, accalmie dans la douleur, diminution de la contracture, reprise du transit intestinal, ralentissement du pouls, transformation du faciès.

Quelle est donc la raison du vomissement dans les affections abdominales aiguës ? Le vomissement est le rejet des matières contenues dans l'estomac par les premières voies digestives. Il est précédé d'une sensation spéciale, pénible et indéfinissable appelée nausée. Les physiologistes nous apprennent qu'il y a deux causes de projection des matières gastriques : l'une, essentielle, est la *contraction du diaphragme et des muscles abdominaux*, l'autre, très accessoire, est la contraction de l'estomac. On peut, chez un chien, enlever l'estomac et le remplacer par une vessie pleine de liquide qu'on abouche à la partie inférieure de l'œsophage sectionné. Sous l'influence d'une injection de tartre stibié, il se produit un vomissement.

Dans le vomissement, il se produit un ensemble harmonique de contractions musculaires adaptées à un but. Ce phénomène pathologique est donc sous la dépendance d'un appareil nerveux. Les voies centrifuges sont les filets nerveux moteurs des muscles qui se contractent, les voies centripètes sont les filets sensitifs issus des régions dont l'excitation provoque le vomissement. Il s'agit d'un *véritable réflexe* dont on a placé le centre au niveau du bulbe. Le point de départ de ce réflexe est *viscéral* ou *péritonéal*.

L'origine viscérale est indiscutable. Il est certain que l'excitation peut prendre naissance au niveau d'un organe distendu

d'un méso tirailé, enflammé, tordu, étranglé, pour de là être conduite par les fibres sympathiques. Retenons en passant la notion de certaines zones plus spécialement réflectogènes au point de vue des vomissements, en particulier le méso appendiculaire.

Mais à côté de cette origine viscérale, nous ne pouvons nier le rôle de la *séreuse péritonéale* qui nous explique l'intensité et la fréquence des vomissements en rapport avec les progrès d'une péritonite.

Il y a donc là un phénomène superposable à celui que nous avons étudié dans la contracture pariétale. Il nous explique les vomissements des affections péritonitiques. Dans les occlusions, le phénomène est plus complexe, car, à côté de l'origine viscérale (distension, torsion, étranglement) il est évident qu'il faut faire intervenir le rôle de l'*intoxication générale*, frappant le centre bulbaire du vomissement par voie sanguine.

L'ARRÊT DES MATIÈRES ET DES GAZ.

Dans les *péritonites*, ce symptôme est lié à une *paralysie de l'intestin*. Le phénomène est bien connu. C'est une loi de pathologie générale qui veut que tout muscle au contact d'une séreuse enflammée soit paralysé. Nous avons cependant vu une belle exception à cette règle dans la contracture des péritonites aiguës, mais il s'agit là d'un réflexe passant par la moelle et non d'une réaction de voisinage.

Notons que la paralysie intestinale qui accompagne les péritonites est un *phénomène tardif* qui nécessite une inflammation de la séreuse déjà importante et généralisée. Ce n'est pas un signe de début, d'autant plus qu'il faut toujours un recul de quelques heures pour le juger. *C'est un mauvais signe*. Mais n'allons pas à l'inverse nous rassurer à tort en nous basant sur une selle ou une émission de gaz. Une appendicite au début, déjà grave, pourrait fort bien induire en cette erreur, ayant présenté une évacuation rectale normale. Et si nous allons plus loin, sachons aussi que la diarrhée n'exclut pas la péritonite et qu'en particulier elle se rencontre dans les appendicites les plus graves. Irritation locale de voisinage, dans les formes pel-

viennes, intoxication dans les formes à caractère toxique, en sont les explications.

Dans les *occlusions*, l'arrêt des matières et des gaz reconnaît une *cause mécanique* évidente. Mais là encore, c'est un *symptôme tardif*, surtout dans les occlusions hautes du grêle, où peut s'effectuer dans les premières heures le vidage d'une longue portion d'intestin sous-jacent, à plus forte raison s'il se surajoute, comme c'est le cas fréquemment, au péristaltisme normal une excitation réflexe. Enfin, à côté du rôle de l'obstacle mécanique, pensons toujours à celui surajouté *du spasme* dont la cessation expliquera bien des débâcles momentanées qu'on pourrait prendre pour des améliorations vraies.

BALLONNEMENT ET PÉRISTALTISME.

Le ballonnement est un signe de *péritonite*, mais tardif et qu'on ne doit pas attendre. Nous pensons avoir suffisamment répété que « *ventre aigu ne devait plus être synonyme de gros ventre aigu* ». Il est lié à une dilatation paralytique des anses intestinales.

Dans les *occlusions*, le ballonnement traduit la distension au-dessus de l'obstacle, ou entre les deux pieds d'une anse tordue ou étranglée. Il peut encore être l'expression de l'asystolie d'un intestin vaincu par l'effort.

Le péristaltisme, visible sous forme d'ondes en reptation sous la paroi est la signature de la lutte de l'intestin contre un obstacle. *C'est une indication opératoire formelle*, sauf dans les occlusions fébriles, mixtes, par platron de voisinage, où glace et propidon peuvent la plupart du temps suffire.

LES SIGNES GÉNÉRAUX : TEMPÉRATURE, POULS, FACIÈS.

Ils nous retiendront peu. On comprend aisément qu'ils mesurent le degré d'*infection* de l'organisme et son *intoxication*.

Nous attirerons seulement l'attention sur les modifications favorables de l'état général en relation avec certaines *thérapeutiques calmantes*. Nous avons vu en particulier, à propos des appendicites de *l'enfant*, combien son organisme était sen-

sible au traitement, et nous avons signalé les causes d'erreur qui pouvaient en résulter dans l'appréciation de la température, du pouls et du faciès.

Ces cas mis à part, il est certain que les signes généraux seront les plus fidèles dans les affections qui nous occupent. Que de fois un pouls rapide, un faciès fatigué, intoxiqué, nous auront mis sur la voie du bon diagnostic. Toutefois il n'en fut pas de même de la température. Bien souvent l'hypothermie fut traîtresse, en raison de l'action de certaines toxines microbiennes, en particulier dans les affections gangréneuses.

L'ACCALMIE TRAITRESSE DANS LES PÉRITONITES

Rien n'égale en netteté et en pureté les péritonites pour les évolutions faussement rassurantes. C'est dans ces affections qu'on rencontre le silence abdominal le plus complet.

Chemin faisant, nous avons, à la faveur des interventions, parfois des autopsies, constaté des lésions, des modifications anatomiques de l'organe intéressé. C'était la gangrène d'un appendice développée à bas-bruit, tandis que disparaissaient douleur et contracture ? D'autres fois, ce fut à la faveur d'une médication calmante, la morphine, que le tableau se trouva faussé et dangereusement estompé. Enfin, nous avons assisté dans d'autres cas à la couverture d'une perforation, à la retraite d'une infection péritonéale, ou encore nous avons vu un péritoine rester muet, comme sidéré, avant de crier son atteinte.

Modifications anatomiques, physiologiques, thérapeutiques, telles sont les trois grandes causes qui vont nous servir à expliquer le phénomène.

MODIFICATIONS ANATOMIQUES DE L'ORGANE LÉSÉ.

La modification essentielle qui va nous faire comprendre toute une série de cas d'accalmies traîtresses c'est le *sphacèle* : sphacèle d'un appendice, sphacèle d'un collet de hernie, sphacèle du pied et d'une anse tordue, à la faveur desquels se constitue et se développe à bas-bruit la plus grave des péritonites.

Cette mort des tissus nous explique facilement un premier point : la *disparition de la douleur*. Il s'agit de la douleur viscérale pure ou des mésos. L'appendice, « tel un fruit pourri » va s'ouvrir ou tomber, il ne peut plus se plaindre. D'autres fois son

méso est thrombosé, ce qui nous explique la douleur brutale du début, à rapprocher de celle de l'infarctus mésentérique et le fait que si au cours d'une opération laborieuse ce méso vient à se déchirer, il ne saigne souvent pas. Il s'agit d'une thrombose veineuse la plupart du temps (CUNEO), mais c'est une thrombose gangréneuse par les microbes anaérobies développés et exaltés dans l'organe. Nous comprenons alors que ce méso si nettement douloureux tout à l'heure cesse à présent de devenir sensible. Les plexus sympathiques péri-vasculaires sont imprégnés par les microbes de gangrène, et sont anesthésiés. De même, lors du sphacèle au niveau d'une striction, on conçoit aisément que la douleur cesse tandis que se constitue la perforation amenant la péritonite.

La cessation des vomissements reconnaît la même origine. C'est au sphacèle du méso et à son imprégnation gangréneuse qu'elle le doit. Le point de départ du réflexe est détruit. Il en va de même de la contracture, comprise ici dans le sens de réflexe viscéro-moteur.

Quant aux modifications des signes généraux, pouls, fièvre, faciès, on en trouve facilement l'explication. *Les anaérobies secrètent des toxines qui sont anesthésiantes et hypotermisantes.* Mais si le malade cesse de souffrir, si sa température normale, l'absence de vomissements et la souplesse de son ventre peuvent à première vue orienter vers l'idée d'une accalmie ou d'une guérison, un pouls rapide et un faciès intoxiqué viendront mettre en garde un observateur averti. La nécrose de l'organe a supprimé certains symptômes, mais il n'en est pas moins vrai que la résorption des produits anaérobiques continue. Nous sommes en pleine gangrène gazeuse. Il faut savoir en découvrir les signes généraux et ne pas se laisser prendre à une atténuation factice des signes fonctionnels ou physiques.

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES.

A côté du sphacèle, de la nécrose des tissus, expliquant un certain aspect de l'accalmie traîtresse, il est une autre cause qui ne réside plus dans les modifications anatomo-pathologiques de l'organe intéressé, mais dans un *endiguement des lésions*. Il

s'agit là d'une propriété physiologique du péritoine, d'une réaction de défense qui limite l'infection. Tout à l'heure nous avons vu l'application de la théorie viscérale, où l'organe criait sa douleur lui-même et manifestait son atteinte par des réflexes dont il était le point de départ et qui gagnaient les centres par l'intermédiaire des mésos. Nous avons alors expliqué l'accalmie traîtresse par la mort de l'organe et la destruction de ses terminaisons nerveuses. Maintenant, nous allons rendre à l'autre théorie, la théorie pariétale, ce qui lui est dû. Dans les cas que nous citerons, c'est la *suppression de l'irritation du péritoine pariétal* qui expliquera la suppression de la douleur et de la contracture. Isolement de la lésion, couverture de la perforation, endiguement du processus, tel est le phénomène qu'il nous faut à présent expliquer.

Le *péritoine est doué de moyens de défense naturels*. Il réagit à toute inflammation d'organe, à toute irruption septique par un afflux local de leucocytes, une exsudation importante de fibrine qui va former barrière en agglutinant les anses voisines, et surtout grâce au rôle du *grand épiploon*. Celui-ci peut être considéré avec RANVIER, comme un énorme ganglion lymphatique étalé ; ganglion lymphatique, en effet, avec tous ses moyens habituels de protection et de défense, mais ganglion dont la puissance est décuplée par sa mobilité. C'est un fait à la fois banal et curieux dans la pratique chirurgicale courante de voir avec quelle célérité au cours d'une laparotomie l'épiploon vient faire hernie et s'accoler au pourtour de la plaie, dans tous les interstices, et avec quelle difficulté on le repousse.

Il est indéniable que l'épiploon exécute dans la cavité abdominale des mouvements d'une étendue parfois considérable, soit pour recueillir les particules solides, les corps étrangers introduits dans l'abdomen, véritable phagocyte agrandi, soit en vue d'exercer une action plastique en présence d'inflammation viscérale localisée, ou vis-à-vis d'organes lésés. Il isole les plaies inflammatoires et les coiffe, limite les collections purulentes, bouche les perforations, véritable « abdominal policeman », comme l'a surnommé MORISON, « premier pompier de l'abdomen », disait KIRMISSON.

Ce qu'il nous faut souligner c'est son rôle de barrière, de filet. C'est le grand protecteur contre l'infection péritonéale. C'est lui

qui va venir coiffer un appendice en voie de sphacèle et de perforation, boucher momentanément une perforation gastrique ou intestinale, établir un diaphragme au-dessus d'un pelvis enflammé, qui va s'introduire dans la brèche d'un éclatement du foie ou de la rate.

Fausses membranes, épiploon, voilà donc les deux grandes armes défensives de ce péritoine si merveilleusement pourvu dans la lutte contre l'infection.

Comment s'étonner maintenant de voir une perforation bouchée donner lieu à un silence abdominal complet ? *Les produits irritants ou septiques cessent de venir impressionner le péritoine pariétal*. Il en résulte une disparition des douleurs et de la contracture.

Qu'un foyer appendiculaire se trouve coiffé, limité par des fausses membranes et de l'épiploon, il en résultera aussi un apaisement des signes fonctionnels et une modification apparemment heureuse des signes pariétaux. Il en sera de même dans l'appendicite dite méso-célique, où toute une masse d'anses grêles isole la lésion du péritoine pariétal antérieur. Nous n'irons pas jusqu'à expliquer ainsi le caractère sournois et latent des appendicites rétro-cæcales ou pelviennes. Nous avons suffisamment parlé des zones dites muettes du péritoine et montré que ce dernier était toujours démonstratif à condition de savoir l'interroger là où il souffre, c'est-à-dire dans la région lombaire ou par le toucher rectal.

Cette couverture, cet isolement de la lésion, cette barrière à l'irruption septique ne sont pas toujours réalisés par une fausse membrane ou par l'épiploon. Rappelons à ce sujet ce que nous avons dit à l'occasion des perforations intestinales traumatiques. Il s'agissait souvent dans ces cas de l'issue d'un *bouchon muqueux* à travers une brèche intestinale et de la rétraction de la tunique musculuse. Ainsi se trouvait réalisé l'intervalle libre, et si le blessé, pendant quelques heures ou quelques jours restait sans présenter de symptômes, c'était bien parce que le péritoine pariétal se trouvait protégé contre l'irritation due aux matières épanchées.

Enfin, puisque nous sommes sur le terrain de l'irritation péritonéale, le moment nous semble venu de faire intervenir dans l'explication de certains cas d'accalmie traîtresse la *diminution*

momentanée de la virulence des germes. Et nous voici revenus à la vieille *théorie de la cavité close* défendue par DIEULAFOY. Les microbes en rétention dans un appendice obstrué ou dans une anse intestinale quelconque, liée expérimentalement à ses deux bouts, sont effroyablement virulents. Le fait est connu, démontré et admis. Mais DIEULAFOY, se basant sur les expériences de KLECKI, attribue justement la cause de l'accalmie traîtresse à l'atténuation notable de la virulence des germes lorsqu'ils viennent à passer dans le péritoine à la faveur d'une perforation. « Pourquoi ne pas admettre, dit-il, que l'entrée en scène des lésions péritonéales ne puisse coïncider avec une atténuation momentanée de la virulence des microbes venus du foyer appendiculaire ? »

Certes cette théorie est loin d'expliquer tout, mais elle n'en est pas moins à retenir. Sans doute est-ce dans une certaine mesure à cette virulence atténuée qu'on doit l'explication de certaines péritonites développées à bas-bruit et déjà si avancées lors de leur éclosion clinique manifeste.

Ceci nous amène enfin à envisager un dernier aspect de cette question des rapports de la physio-pathologie du péritoine avec l'accalmie traîtresse. Tout se passe dans certains cas comme s'il existait une *période latente de sidération du péritoine*. Le fait est troublant, et nous avons cité à propos des ulcères perforés, une observation (GRÉGOIRE) tout à fait typique à ce point de vue. A l'occasion d'un examen radioscopique chez un ulcéreux qui avait un ventre souple et ne présentait, à part quelques douleurs, aucun symptôme alarmant, on constate un pneumopéritoine et on voit une goutte de baryte sourdre de l'estomac et tomber au milieu de l'abdomen. A l'intervention immédiate, la teinte et la grande quantité de liquide épanché, alors que l'estomac était encore plein de baryte, prouvèrent que la perforation ne venait pas de se produire immédiatement. Cette observation fit soutenir à son auteur, devant la Société de Chirurgie, que la douleur subite ne coïncidait pas avec la perforation mais qu'elle n'était que la première manifestation de la péritonite, apparaissant au bout d'un temps variable, après l'effraction viscérale. Un autre bel exemple de cette thèse serait fourni par les plaies de l'abdomen, où l'intervalle libre est si fréquent. Bref, il faudrait dans les comptes rendus, dire : « malade opéré tant d'heures

après le début de la réaction péritonéale et non après la perforation ».

Nous ne voulons pas prendre parti pour ou contre cette théorie. Nous citerons simplement la répartition de M. MONDOR dans la même séance. Pour lui, il y aurait simultanéité, et une première douleur accompagnant la perforation, douleur de spasme, de saisissement péritonéal, la douleur inflammatoire ne venant qu'après. Cette hypothèse cadrerait bien avec cet état si fréquent d'apaisement momentané qu'on peut constater après les premiers paroxysmes de la perforation d'ulcère. Tout se passe comme si le péritoine, d'abord saisi, s'accoutumait peu à peu. D'ailleurs, à cette question se surajoute celle du shock, sur lequel nous avons l'intention de revenir plus loin. Bref, il est certain qu'une perforation peut s'effectuer à bas-bruit de façon latente et ne se manifester que plus tard par une péritonite déjà en évolution. Sidération du péritoine, tel est le terme qui nous semble le mieux convenir à ce cas particulier.

MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Nous serons plus bref ici, car l'évolution traîtresse se conçoit facilement. *La morphine, l'opium, la glace* même ont troublé la clinique. Les réflexes sont faussés, voire abolis. On a supprimé la douleur, la contracture, mais on n'a modifié ainsi que la façade. Derrière le rideau, l'intoxication progresse et la péritonite s'étend. Les signes généraux eux-mêmes sont modifiés. On n'a plus aucun critérium pour mesurer l'évolution et l'étendue du mal.

Nous pensons avoir suffisamment montré les désastres de cette thérapeutique absurde dans nos observations pour n'avoir pas besoin d'y revenir ici.

Nous croyons aussi avoir assez insisté sur la facilité avec laquelle le péritoine et l'organisme réagissaient au traitement. Indépendamment de l'opium et de la morphine, la glace, le repos, la diète sont capables de transformer en quelques heures un tableau clinique. Nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit de l'appendicite de l'enfant pour le convaincre de la plus grande méfiance en face de ces apaisements si souvent constatés.

L'ACCALMIE TRAITRESSE DANS LE SYNDROME OCCLUSIF

Comme pour les péritonites, nous allons retrouver les mêmes lois générales d'explication de l'accalmie traîtresse.

Éliminons d'abord les *modifications thérapeutiques*. Elles ont moins de valeur que dans les péritonites. Certes, la morphine peut amener un apaisement trompeur des malades, mais elle n'offre pas ici le même danger que lors d'une appendicite aiguë, où c'est un véritable rideau que l'on tire sur le tableau clinique. Quant aux médications péristaltogènes (lavements salés hypertoniques, prostigmine, etc...) ou antispasmodiques (atropine), elles peuvent avoir une action efficace, alors que la cause de l'occlusion persiste, action dans une certaine mesure trompeuse et pouvant retarder une décision opératoire ; mais il s'agit plutôt dans ces cas d'une subocclusion. Il n'y a pas urgence immédiate, drame abdominal ; nous ne sommes plus véritablement dans le cadre de l'accalmie traîtresse.

Nous connaissons déjà les *modifications anatomiques*, causes d'accalmie dans une occlusion. Il s'agit du *sphacèle* d'un collet de hernie, du sphacèle d'un volvulus, *avec perforation secondaire* à la faveur de laquelle l'anse occluse s'affaisse et se réduit. En même temps, comme il y a nécrose la douleur cesse. On pourrait croire à la réduction spontanée, à une détorsion, mais si le malade n'est plus en occlusion, il est maintenant en pleine péritonite.

Quant aux *modifications d'ordre physiologique*, elles méritent une place à part dans l'accalmie des occlusions.

Nous n'aurons pas en vue cet état d'*asystolie intestinale*, cause d'un apaisement factice, allant de pair avec une euphorie terminale, mais nous voulons parler surtout du *spasme et de sa cessation momentanée*.

Le spasme intestinal est le résultat d'un réflexe viscéro-viscéral bien connu, à l'occasion d'une épine irritative : corps étranger ou lésion de la muqueuse. Il complète donc les occlusions. Mais, comme tout réflexe, il est sujet à des variations, à des rémissions. C'est ainsi qu'une débâcle peut survenir, sous une influence quelconque (médication antispasmodique, atropine) ou spontanément. On croit à la guérison, à une fausse alerte, mais bientôt l'arrêt des matières et des gaz se confirme à nouveau et l'intoxication générale persiste et progresse.

Les travaux des physiologistes modernes nous ont appris le rôle primordial de l'intoxication générale dans les occlusions. C'est elle qui règle le pronostic et la gravité de l'affection et, à la base de cette résorption toxique, facteur d'altérations hépatorénales et de tout un syndrome humoral avec lequel il faudra compter dans le traitement (hypochlorurémie), il y a la notion de lésion des parois intestinales.

Le liquide de stagnation est très toxique, d'autant plus que l'occlusion siège plus haut, du fait d'une désintégration des matières albuminoïdes par les ferments intestinaux et pancréatiques et de l'activité protéolytique des microbes. Mais, outre cette toxicité, ce liquide possède des propriétés actives dont l'effet est indiscutable sur la muqueuse intestinale et qui provoque sa nécrose.

On a donné beaucoup d'explications de cette nécrose intestinale. Pour certains auteurs (DRAGSTEDT) l'anse distendue par l'occlusion comprime les vaisseaux qui la pénètrent. Il y a gêne circulatoire d'où sphacèle, et si l'occlusion duodénale aboutit si rapidement à la gangrène, c'est à cause de la distribution des vaisseaux qui s'enroulent autour de cette portion d'intestin. Mais, avec BINET, on ne peut que rapprocher cette nécrose aiguë de l'intestin de celle du pancréas. Beaucoup d'expérimentateurs modernes s'efforcent de soutenir l'existence d'un mécanisme d'auto-digestion dans la genèse de la pancréatite hémorragique. Et BINET, BROCCQ, GOSSET, CAMUS et Robert MONOD, ont montré que cette dernière affection pouvait être déclenchée par une activation dans les canaux du pancréas, du suc pancréatique par le suc intestinal.

Or, le liquide intestinal d'occlusion est un liquide dont l'activité protéolytique est considérable (mélange de suc intestinal,

de suc pancréatique et de produits émanant de fermentations microbiennes). La stagnation d'un tel liquide dans les anses distendues va donc engendrer des lésions graves de l'intestin.

Ainsi se trouvent éclairés deux faits : la *possibilité de perforations dites diastasiques*, au-dessus de l'obstacle (éventualité rare), si on tarde trop à faire le diagnostic et à intervenir; et surtout la *gravité considérable des occlusions hautes*, disons même de toutes les occlusions du grêle. Cette gravité pourra être accrue encore lorsqu'un ballonnement minime retiendra peu l'attention, lorsque des vidanges successives d'un bout inférieur encore étendu auront amené une longue temporisation, lorsque des alternatives de spasme et de relâchement, ou la migration d'un corps étranger (iléus biliaire) auront suscité dans les esprits une tranquillité dangereuse et un optimisme funeste.

C'est ainsi à notre avis, qu'il faut envisager la question de l'accalmie traîtresse, dans l'occlusion intestinale aiguë.

Il y a deux catégories de malades : les occlus par étranglement ou par torsion qui, par suite d'un processus de *sphacèle* entrent sournoisement dans la phase de péritonite terminale, tandis que disparaissent les phénomènes douloureux, que s'affaisse le ballon intestinal, ou que rentre la hernie. *Les autres risquent de tromper le clinicien par des évacuations rectales plus ou moins importantes alors que l'obstacle n'est pas levé* et que continuent à stagner au-dessus de celui-ci les liquides les plus toxiques et les plus dangeureusement actifs.

A part ces cas, nous ne pouvons vraiment pas appeler accalmies ces subocclusions avec rémissions passagères pour lesquelles la question d'urgence ne joue pas, ni ces états d'asystolie intestinale où l'intestin épuisé ne souffre plus, mais se laisse distendre au milieu d'un apaisement général de bien mauvais aloi.

L'ACCALMIE DANS LES HÉMORRAGIES

Ce sont les auteurs lyonnais qui semblent avoir les premiers insisté, à propos des ruptures de grossesses tubaires sur la *discordance entre la gravité des signes généraux et l'abondance de certains hémopéritonéaux*, et ils ont mis sur le compte du shock, les signes que n'expliquait pas l'anémie.

Inversement MURARD, en 1929, notait dans un cas d'hémorragie ovarienne *l'effacement des signes d'anémie malgré l'importance de la quantité de sang épanché* dans la cavité péritonéale, et concluait que la gravité des symptômes généraux tenait non pas à l'abondance de l'hémorragie, mais à sa *brusquerie d'apparition*.

GERNEZ qui rapportait l'observation de MURARD, avait l'impression que c'était la rapidité avec laquelle se constituait l'hémorragie plutôt que son mode de début, qui influait sur la symptomatologie. Or, s'il existe manifestement des cas où des signes généraux graves coexistent avec un épanchement minime trouvé à l'intervention, cas qui ne peuvent s'expliquer autrement que par le *shock* en rapport avec la rupture viscérale plutôt qu'avec l'inondation péritonéale, il n'en est pas moins vrai, et nombre de nos observations en font foi, qu'il *existe des épanchements abondants avec des signes généraux discrets*.

C'est toute l'histoire des hémorragies en plusieurs temps qu'il nous faut reprendre et tout de suite une première question se pose : *quel facteur dans un épanchement sanguin interne conditionne les phénomènes généraux ?*

Voyons d'abord ce qui se passe dans une hémorragie externe. Nous en avons un exemple tous les jours à l'hôpital : la fausse couche. Une femme arrive « saignée à blanc », ses linges abondamment souillés, sa pâleur, un pouls fuyant, un état syncopal

ne laissent aucun doute sur la nécessité de l'évacuation immédiate de l'utérus. Une fois celle-ci réalisée, nous assistons, en général, à une transformation à vue d'œil. Dès que la source de l'hémorragie est tarie, que l'utérus rétracté a fait son hémostase, notre malade se recoloré et son pouls se raffermir. Evidemment, nous la retrouverons encore pâle et faible le lendemain et les jours suivants, mais la partie est gagnée, le fond de l'état général est bon, le collapsus a disparu.

Il n'est pas besoin d'ailleurs d'une hémorragie à flots, dramatique, pour amener cet état d'affaissement général si impressionnant. Les accoucheurs sont habitués à ces pertes abondantes et brutales ; ils nous diront que ce ne sont pas les plus graves. Mais ils connaissent les hémorragies sournoises, petites et répétées du placenta prævia. C'est là qu'on observe les grandes anémies, avec abaissement important du chiffre des globules rouges. C'est là que les transfusions sont nécessaires, bien plus que dans la grande hémorragie de la délivrance, où bien souvent le sérum intraveineux suffit. N'est-ce pas aussi le cas de ces cancers digestifs qui saignent continuellement de façon latente, de ces hémophiles dont une simple coupure peut mettre la vie en danger ? N'est-ce pas là le secret d'une chirurgie dite non shockante, où les suites sont simples parce qu'on a pris soin d'une hémostase rigoureuse et méthodique ?

Tout ce qu'on peut dire sur l'hémorragie externe est aussi vrai pour l'hémorragie interne. C'est sur un pouls qui s'accélère et faiblit, sur une tension artérielle qui baisse, sur un état syncopal, l'agitation, la soif, qu'on se basera pour dire qu'un hémothorax recommence à saigner, qu'une hémorragie de grosse tubaire reprend, qu'un contusionné de l'abdomen doit être laparotomisé. Il est certain *qu'il existe des phénomènes sympathiques en relation avec l'effraction vasculaire*. Ce n'est pas l'hémorragie en tant que sang épanché, qui importe dans la genèse du tableau, *c'est le saignement*.

Tout se passe comme s'il se produisait un shock sympathique par l'intermédiaire du plexus périartériel.

Qu'un caillot favorisé par l'abaissement de la tension artérielle (J. CAMUS et PAGNIEZ) vienne boucher l'artère ouverte, qu'une capsule splénique, qu'un fragment d'épiploon vienne recouvrir la brèche viscérale, et tout de suite l'état général se

relève. Les mécanismes physiologiques de défense contre les hémorragies, de régulation de la masse sanguine se déclenchent, et on peut croire à une fausse alerte et mettre tout sur le compte d'un shock momentané. Mais combien précaire est cette hémostasie spontanée. L'hémorragie, sous l'influence d'un effort, d'un mouvement, du toucher, d'un relèvement momentané de la tension artérielle va reprendre.

Telle est l'explication de l'accalmie traîtresse dans les hémorragies en plusieurs temps, dont le type nous est fourni par la rupture de grossesse tubaire. Il s'agit ici encore comme pour les syndromes précédents, de modifications physiologiques.

Quant aux modifications anatomiques nous n'y reviendrons pas. Nous les avons étudiées à propos des ruptures de la rate et nous avons montré le mécanisme des hémorragies secondaires par diffusion de l'hématome intra ou périsplénique.

Nous pourrions, pour garder le même plan d'étude que dans les péritonites et les occlusions, trouver encore une raison thérapeutique à l'accalmie dans le syndrome d'hémorragie interne. Mais ceci nous amène à parler du shock et de son traitement.

L'ÉTAT DE SHOCK ET SA DISPARITION

C'est l'Anglais TRAVERS (1826) qui passe pour avoir employé ce mot le premier. Il désigne par là l'expression particulière d'abattement et de prostration des blessés. Le mot aurait un sens clinique descriptif. Ce serait « *l'état de stupeur* » dont parlait DUPUYTREN.

Mais TRAVERS parle aussi du « shock » des brûlés, des blessés par accident, des opérés, des infectés, des empoisonnés, et il emploie par ailleurs les expressions pour lui synonymes, d'« état de dépression », « état de stupeur », « état comateux. »

Ainsi, dès 1826, il apparaît que ce mot a un sens très vague et désigne l'obscur mécanisme pathogénique d'un état connu sous d'autres noms et survenu d'ailleurs à la suite d'accidents variés.

En 1880, PIECHAUD, dans sa thèse d'agrégation écrit : « Quant à une disparition précise du shock, elle me paraît encore impossible et nous ne le considérerons que comme un état général plus ou moins grave, caractérisé par l'affaiblissement des pulsations du cœur, l'abaissement de la température, la pâleur des tissus, un certain degré d'anesthésie, joints à de la faiblesse musculaire avec conservation d'intelligence. »

Il faut arriver à QUÉNU pour *considérer le shock comme un syndrome*. Il est caractérisé par *trois signes : dépression, refroidissement, hypotension artérielle*.

Ce syndrome peut reconnaître plusieurs causes. Indépendamment d'une notion de *terrain individuel*, de lésions hépatiques ou rénales, de la *fatigue physique*, du *froid*, d'une moindre résistance quelconque, du *facteur émotif* à l'occasion d'un accident grave brutal, toutes causes favorisantes, il semble qu'il faille considérer, au point de vue pathogénique : un *shock toxi-infec-*

tieux, un *shock douloureux*, et un *shock hémorragique*, et bien souvent aussi un *shock mixte* par association des trois ; car il est bien évident qu'il s'agit là d'une schématisation à outrance et que, dans la pratique, les phénomènes sont plus complexes. Le premier se voit dans les grands broiements, à l'occasion de larges plaies contuses ou encore chez les brûlés, il ne nous occupera pas ici. Nous devons surtout considérer, au point de vue de l'accalmie traîtresse, le *shock douloureux* et le *shock hémorragique*.

Les anciens auteurs avaient déjà bien remarqué l'importance de l'*élément douloureux* comme symptôme aggravant de bien des affections et les auteurs américains ont insisté depuis longtemps sur le danger qu'il y avait à créer en pure perte de la douleur à cause de la déperdition de l'énergie nerveuse par des excitations violentes des terminaisons sensitives. Celles-ci entraînent en effet une baisse considérable de la tension sanguine et une perte de l'excitabilité des centres nerveux, éléments qui entrent pour une bonne part dans l'origine du *shock*, à côté de phénomènes sympathiques indiscutables des plus obscurs. Et cette action joue même sur le malade anesthésié. Il faut bien savoir que chez lui, nous n'avons supprimé que la perception, et il n'est pas besoin d'insister sur les bienfaits d'une chirurgie douce, méthodique, lente au besoin, à côté de démonstrations visant à un brio de façade, au prix de tiraillements, d'arrachements et de contusions néfastes ? C'est dans la *perforation d'ulcère gastro-duodéal* que nous avons vu le plus bel exemple de *shock douloureux*. On conçoit maintenant que, si pour une raison quelconque la douleur s'atténue dans les heures qui suivent, cet apaisement s'accompagne d'un bien-être et d'un relèvement général par disparition du *shock*, réalisant un des plus beaux exemples d'accalmie traîtresse.

L'hémorragie prédispose à l'état de *shock* et l'aggrave, surtout s'il s'agit de *petites hémorragies répétées* comme nous l'avons souligné plus haut. La perte de sang agit sur la tension artérielle et l'irrigation des centres nerveux, en même temps qu'une partie des globules et du plasma, avec les produits des glandes endocrines (surrénales), régulatrices du système vaso-moteur, sont perdus pour l'organisme.

Il semble bien qu'il faille envisager une question de *seuil*

de résistance à l'hémorragie. Nous avons bien pu nous en rendre compte dans les formes trompeuses et latentes des grossesses extra-utérines en voie de fissuration. Nous avons souvent remarqué qu'il était bien difficile de dire à partir de quand une femme avait commencé à saigner dans son péritoine. Il existe toute une période sournoise de petits troubles, de malaises vite surmontés avant l'apparition d'un état alarmant de collapsus. C'est dans ces cas qu'il faut invoquer le shock et expliquer, par sa disparition momentanée, les rémissions observées. Sans doute existe-t-il aussi dans la grande inondation cataclysmique, mais les améliorations traîtresses y sont exceptionnelles. En tous cas, sans prétendre renouveler la discussion soulevée par les auteurs lyonnais du traitement prémonitoire de l'état de shock ou de l'opération immédiate, il nous semble plus sage de ne pas attendre un relèvement de l'état général, qu'on serait en droit d'espérer peut-être par une thérapeutique appropriée, mais qui, agissant sur la tension artérielle, risquerait fort d'amener une reprise de cette hémorragie, providentiellement arrêtée à la faveur du collapsus et de la syncope.

TROISIÈME PARTIE

Des moyens de dépister l'accalmie traîtresse et de la prévenir.

L'accalmie traîtresse, dans le vrai sens du terme, est donc exceptionnelle, et nous avons vu combien il était rare de trouver une disparition complète et simultanée de tous les symptômes alarmants. Chez ce malade, c'est la douleur qui fait place à un bien-être trompeur, tandis que persiste la contracture ; chez cet autre, si une débâcle a paru infirmer le diagnostic d'occlusion, l'état général reste profondément touché et le ballonnement persiste. Cette jeune femme enfin conserve des signes pelviens assez nets pour qu'on la mette en garde contre une reprise d'activité inopportune et qu'on essaie de la convaincre de l'urgence chirurgicale. Sachant la valeur du pouls, du faciès, de certains signes fonctionnels faits de nuances, tels une nausée, une légère dysurie, connaissant l'importance capitale d'un avertissement comme la contracture abdominale, ayant appris à faire le toucher systématique dans tout examen de ventre aigu, nous ne pouvons plus admettre comme accalmies traîtresses bien des cas présentés sous ce titre. Il n'y a guère qu'à l'occasion des traumatismes abdominaux, qu'on puisse vraiment parler d'intervalle libre, de silence abdominal, au même titre que chez les blessés du crâne. Et encore nous avons montré que bien des interventions dans ces cas, durent leur retard à des légèretés d'examen ou à la méconnaissance de certains petits signes. Si bien qu'avec M. MONDOR, il faut se demander, la plupart du temps, s'il y eut vraiment accalmie traîtresse, et si au contraire notre optimisme trop facile, notre ignorance de la valeur d'un symptôme, une erreur de thérapeutique, un retard de décision

par manque d'audace et palabres oiseuses, ne furent pas les vraies circonstances trahissantes.

En cours de route, à l'occasion de chaque affection décrite, nous avons essayé de montrer les signes qui pouvaient permettre de faire la différence entre une amélioration vraie et une accalmie trahissante. Il serait superflu de les reprendre tous en détail ici.

Nous pensons avoir suffisamment montré l'importance de l'examen clinique patient et méthodique et les lumières qui pouvaient résulter d'un palper attentif et précis. Nous ne voulons plus revenir sur la valeur de la *contracture abdominale*, qui est maintenant jugée. Les discussions au cours des séances de la Société de Chirurgie, ces dernières années, ont toujours conclu à une indication opératoire majeure. On a pu discuter pour savoir si la contracture était toujours un signe de péritonite. Certains la défendent aussi bien dans les hémorragies intra-péritonéales, d'autres la nient. Rappeler ces débats, souvent passionnés, nous écarterait de notre sujet. Ce qu'il faut retenir, c'est que tout le monde est d'accord pour lui reconnaître une signification primordiale en vue de l'intervention.

« Tous les progrès accomplis depuis vingt ans dans la chirurgie d'urgence intra-péritonéale reposent, en très grande partie, sur la recherche précise et l'interprétation de ce symptôme précoce : la contracture vraie de la paroi abdominale (LECÈNE). »

C'est le « super-signe », « le signe le plus digne de foi ».

Mais il nous arriva bien souvent de rester perplexes, en face d'un malade en accalmie, chez lequel la palpation du ventre, le toucher, l'examen du poulx ne nous donnaient pas entière satisfaction. Nous n'osions intervenir, pas plus que nous ne voulions considérer le malade comme guéri et hors de danger. Il nous fallait autre chose pour asseoir notre conviction, et écarter l'alerte. Nous en arrivons, pour terminer, à parler de deux examens, déjà entrevus au cours de nos descriptions cliniques : *l'examen aux rayons, la recherche de la formule sanguine.*

LA RADIOLOGIE DANS L'ACCALMIE TRAITRESSE DES VENTRES URGENTS. LE PNEUMOPÉRITOINE

A part quelques cas exceptionnels, où un cliché aura décelé une ombre splénique anormale chez un contusionné de l'abdomen, ou un calcul chez un occlus, et aura permis, dans ces cas, de préciser un diagnostic hésitant et de lever les doutes, c'est dans les *péritonites par perforation* que la radio d'urgence nous sera souvent d'un précieux secours.

Et tout d'abord, répondons aux protestations qui s'élèvent.

« Contre l'idée d'avoir recours à la radioscopie les objections d'abord ne manquent pas. Il s'agit d'une affection, en effet, qui semble rendre tout transport, tout déplacement, toute manipulation, redoutables. Elle paraît ne devoir laisser au clinicien que peu de temps pour en débattre et elle emprunte, le plus souvent, les traits cliniques les plus accusés. Mais ces objections sont moins résistantes qu'il ne semble au premier examen. Elles seraient surtout moins opérantes si nos installations de chirurgie d'urgence étaient confortablement modernisées. Le transport peut être réduit au plus court, être fait avec toutes précautions. Nulle manipulation n'est nécessaire ; il faut moins de temps pour voir un pneumopéritoine qu'il n'en faut pour palabrer oiseusement ou pour faire des examens de laboratoire inutiles. Enfin, puisqu'il existe des cas cliniquement obscurs, pourquoi ne pas essayer, grâce aux rayons, d'en diminuer encore le nombre ? » (MONDOR, *Bulletin médical*, 13 décembre 1930.)

Voici donc un premier point établi : la nécessité pour tout chirurgien de disposer d'un poste de Rayons X, dans une *anti-chambre de la salle d'opérations*, et de savoir le faire fonctionner lui-même, sans s'exposer à des retards préjudiciables au diagnostic et à l'intervention.

L'épanchement de gaz dans la cavité péritonéale, à la suite des perforations, se traduit cliniquement, de façon précoce, par la diminution ou la *disparition de la matité hépatique*. Ce signe prend toute sa valeur alors qu'il n'existe pas de distension abdominale. F. et G. GROSS insistaient déjà sur ce point en 1904 et citaient des observations de KRIEGE et SCHUCHARDT datant de 1892 et 1895.

Cette sonorité préhépatique, convenablement recherchée en position demi-assise du malade, est certainement trouvée avec une grande fréquence dans les perforations en péritoine libre (R. SOUPAULT, *Presse médicale*, 29 janvier 1930).

SOUPAULT la trouve 21 fois sur 21 cas, METZGER dans sa thèse la note dans 66 % des cas. MONDOR donne le chiffre de 60 %.

On conçoit donc qu'on ait cherché à décélér radiologiquement l'air intra-péritonéal. Si cet examen paraît superflu dans les perforations typiques avec grand drame, il n'est pas douteux qu'il faille attendre de lui les renseignements les plus intéressants dans les formes frustes, dans les formes en deux temps, dans tous les états d'accalmie traîtresse ou d'intervalle libre.

Cette notion de la recherche aux rayons du pneumopéritoine est d'acquisition récente. Le premier article paru sur la question date de 1915. POPPER y rapportait l'observation d'un malade vu quatre ans auparavant, et considéré alors comme atteint d'une péritonite aiguë par perforation évoluant vers la guérison spontanée. L'examen radiologique, avec repas baryté, fait huit jours après le début de la douleur abdominale, avait montré une déformation pylorique et une sténose avec adhérence au foie. Entre le diaphragme droit et la surface supérieure du foie, on avait noté, durant la radioscopie, une petite zone transparente en forme de faucille qu'on avait interprétée comme l'air venu d'un ulcère pylorique perforé.

En 1916, LENK utilise les rayons X pour rechercher les perforations par balle du tractus intestinal. Il démontre l'existence d'un pneumopéritoine, les gaz intestinaux s'accumulant entre le foie et le diaphragme qu'ils décollaient l'un de l'autre. Il présente le rôle que pouvait jouer cette méthode dans le diagnostic des ulcères perforés.

Puis vinrent les observations de WEILL (1916), MARTIN (1917), BAGER (1920), KELLOG, SCHOTTMULLER (1917), DAHM, VAUGHAN (1922), WESLER et JACHES (1923), COPHER, VAUGHAN et

BRAMS (1924), MAC Charles, COTTLE et SPALDING, GUILLEMIN (1925), AYERZA (1927), FRIEND, UTILI, DU PASQUIER (1928). Elles permettaient à VAUGHAN et SINGER de rassembler en 1929 vingt-neuf observations antérieures. Ces auteurs apportaient eux-mêmes le chiffre impressionnant de quarante-trois cas nouveaux. Depuis cette date, sont à citer les articles de KUDLECK, COLMER, GIBSON, PENDERGRASS et E. KIRK, POPPER et KLEIN, BREITKOPF, JUDINE, les communications de GIRAUD, GRÉGOIRE, DARBOIS et SORREL, la thèse de BARTHES (Paris, 1933) sur les perforations couvertes et enfin le travail de MONDOR et PORCHER (*Journal de Chirurgie*, janvier 1933).

Nous pourrions citer le cas inaugural des recherches de VAUGHAN et SINGER. Un malade hésitait à se laisser opérer pour ulcère perforé et demandait qu'on lui fournisse la preuve de la correction du diagnostic. « L'un de nous, racontent les auteurs, chercha alors à l'écran l'existence d'un pneumopéritoine. Une importante bulle de gaz, se mouvant librement dans le péritoine, fut démontrée. Le consentement du malade à l'opération fut alors obtenu et la perforation trouvée et suturée. »

KUDLECK (de Düsseldorf) trouve vingt fois le croissant clair sur vingt-quatre.

COTTLE et SPALDING, opérant sur leur bateau-hôpital, voient huit ulcères perforés en un an chez des marins de la flotte de guerre du Pacifique. Dans tous les cas, le diagnostic fut précisé par la radio, et grâce à elle les malades furent opérés avant la 10^e heure alors que la sonorité préhépatique n'avait pas eu la même constante précocité.

« Un signe de cette importance, vu avec cette fréquence (80 %) est la preuve de l'utilité de l'examen. Quant à prouver sa nécessité, il faudrait établir que, plus régulièrement qu'avec la percussion la découverte de gaz est faite à l'écran, et que, plus sûrement qu'avec l'addition de tous les signes cliniques que nous avons vus, la radioscopie apporte la certitude... » (MONDOR).

Il est en effet certain que l'importance diagnostique du pneumopéritoine radiologiquement décelé n'est pas toujours la même.

Dans les formes cliniquement typiques de perforation gastroduodénale, sa valeur est celle d'un signe intéressant mais surajouté.

Il en est tout autrement des formes à symptomatologie atté-

nuée, précisément celles qui nous intéressent ici, de toutes les formes où le diagnostic clinique peut être hésitant ; et nous avons vu que c'est là le propre de beaucoup de perforations couvertes. La quantité d'air épanché peut être minime et sa traduction clinique nulle : il peut n'y avoir aucune modification de la matité hépatique.

L'épreuve radiologique aura alors une importance capitale. Tout le monde est d'accord sur ce point et, dans la statistique de SINGER et VAUGHAN, en particulier, nous voyons ce pneumopéritoine permettre d'affirmer le diagnostic en cas d'examen retardataire, chez des malades ayant échappé aux accidents du début, ou ayant refusé l'intervention, et il semble bien que la plupart des pneumopéritoinés dits spontanés relèvent, en réalité, d'une perforation gastrique fruste, spontanément guérie.

« *Je crois, comme GIBSON, que cet examen est actuellement surtout utile dans les formes subaiguës, chez les malades vus pendant une accalmie, ou vus trop tard, chez ceux qui refusent l'intervention ou ceux qui survécurent aux accidents du début :*

« Dans la grande majorité des cas, on peut affirmer le diagnostic sans le secours de la radio, mais il serait d'un esprit arriéré de se priver, en cas d'incertitude, d'un examen qui peut en donner si facilement la clé (MONDOR, *Bulletin médical*, 13 décembre 1930). »

Le pneumopéritoine n'est pas pathognomonique des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. Toutes les perforations abdominales peuvent le donner. Un contusionné de l'abdomen nous inspire-t-il des inquiétudes quant à la possibilité d'une lésion intestinale ? Un examen rapide à l'écran viendra souvent nous éclairer. Voici un typhique présentant ce tableau qu'on a décrit sous le nom d'état de préperforation. Si une installation de radio est à portée, il en coûte bien peu d'y mener le malade. Nous allons d'ailleurs voir combien l'examen est simple, rapide et peu fatigant.

Le malade sera examiné sans absorption de préparation opaque :

- a) *en position verticale ;*
- b) *dans le décubitus dorsal, de face et de profil ;*
- c) *dans le décubitus latéral.*

VAUGHAN et SINGER : « La position latérale gauche est la meilleure : étant donné qu'elle permet à la bulle d'air gastrique de se loger dans la zone juxta-pylorique, là où la perforation siège avec le maximum de fréquence. Cette position latérale gauche tend encore à prévenir la continuation de l'issue du liquide gastrique, tandis que l'air peut encore s'échapper. »

PANDERGRASS et KIRK : « Une faible quantité de gaz peut être obscurcie par le foie, dans la vue antéro-postérieure, mais jamais dans la position latérale. »

JUDINE, lui, recommande l'examen transversal du malade, couché sur le dos. Il redoute l'examen frontal, en position verticale ou assise. Ses craintes sont peut-être exagérées. Elles sont partagées par tous ceux qui ont fait à la méthode le reproche de n'être pas sans dangers. En réalité, l'emploi des tables basculantes permet d'obtenir, après l'examen en position couchée, des examens en position demi-assise, ce qui paraît très suffisant, sans avoir à déplacer le malade qui n'a alors aucun mouvement à faire. De plus, les installations radiologiques actuelles, voisines des salles d'opérations, non seulement dans les grands services hospitaliers, mais dans la plupart des maisons de santé, même modestes, de province, permettent de procéder à l'examen sans retarder de façon appréciable l'acte opératoire.

Normalement, dans le décubitus dorsal, le foie vient au contact de la paroi abdominale et, dans la position verticale, au contact immédiat du diaphragme. S'il y a pneumopéritoine, *en position couchée, les gaz remontent vers la paroi abdominale antérieure et l'ombre hépatique est décollée de la paroi.*

En position verticale, ils viennent dessiner un croissant clair, une faucille entre l'ombre hépatique et le diaphragme.

Celui-ci, immobile, apparaît comme un mince trait sombre entre la clarté du pneumopéritoine et celle du thorax.

En résumé : le pneumopéritoine est un symptôme très précieux dans le diagnostic de toutes les péritonites par perforation en état d'accalmie, dans les intervalles libres, dans les formes frustes, dans tous les cas où une temporisation opératoire se discute. C'est un signe déjà facile à rechercher cliniquement par la percussion, et il faut y penser. Mais il sera encore plus fidèle et plus précis, si on veut en faire la preuve aux rayons X. C'est un

examen qui doit avoir sa place dans la clinique des ventres aigus, et qui pourra nous permettre d'éclairer des cas qui semblent insolubles, de réduire le nombre des diagnostics incertains, et bien souvent de démasquer la traîtrise d'une accalmie apparente.

L'HÉMATOLOGIE DES VENTRES AIGUS SON APPLICATION DANS L'ACCALMIE TRAITESSE

Nous sommes loin de vouloir donner à l'étude de la formule sanguine une place aussi importante qu'à la radiologie. Il s'agit d'un examen déjà plus spécial, et il faut convenir que dans nombre des circonstances, le chirurgien devra s'en passer sous peine de s'exposer à un retard préjudiciable. Cependant, si l'on veut bien convenir de la simplicité de cette recherche, il est à souhaiter qu'ici encore un petit laboratoire voisine avec toute installation chirurgicale moderne. L'attente du résultat sera minime grâce à un peu d'organisation, et les renseignements fournis seront souvent d'un précieux secours.

Nous les avons étudiés à l'occasion de cas séparés. Résumons-les et groupons-les ici. La formule sanguine peut nous renseigner, en urgence, sur deux ordres d'évolutions pathologiques : *l'état infectieux*, et *l'état hémorragique*.

Redire les services rendus par l'hématologie serait superflu ici. Rappelons-les dans les accalmies des péritonites appendiculaires progressives, dans les formes en deux temps, avant d'annoncer la guérison, dans les formes avec abcès sournois. Pensons à interroger la formule sanguine de ces annexites bâtarde pour lesquelles on hésite. Ne la négligeons pas non plus dans certains traumatismes de l'abdomen, quoi qu'il en soit nous ne saurions considérer qu'il s'agit dans tous ces cas d'un symptôme primordial et le plus souvent, le dernier mot restera encore à l'examen clinique.

« *Cet examen ne vaut que comme examen complémentaire. Il ne saurait, à lui seul, mériter plus de crédit qu'un autre. Là encore, la surestimation du symptôme est une erreur : les réponses contra-*

dictoires, erronées, déroutantes de l'examen leucocytaire ne se comptent plus (MONDOR). »

En effet, nous l'avons déjà dit, et nous l'affirmons encore ici, *un résultat isolé ne signifie rien. C'est la comparaison de plusieurs examens qui importe.* Et nous ne pouvons mieux faire que de rapporter cette observation de BLOODGOOD, résumé par BÉRARD. C'est le type le plus démonstratif de l'accalmie traîtresse démasquée par la formule sanguine.

OBS. — Un enfant de 11 ans est pris un matin à 4 heures de coliques et de vomissements. L'examen abdominal est négatif.

A 10 heures, aucun changement, ni nausées, ni vomissements.

A 6 heures du soir, une selle ; le malade urine facilement. Pas de douleur. Le lendemain, pouls 85. Température 37°5. Le malade paraît plus languissant. L'examen montre 17.000 leucocytes. A 16 heures 35.000. Cette augmentation rapide des leucocytes, à la suite de coliques est considérée comme une indication opératoire. On trouve un long appendice plongeant vers le petit bassin, gangréné sur les 2/3 de sa longueur, perforé à son extrémité. Pas d'adhérences. Pas de localisation. Le petit bassin est rempli de liquide trouble ; les anses intestinales dans le petit bassin et la fosse iliaque droite sont injectées et recouvertes d'exsudats. Ablation de l'appendice. Guérison.

Il en est de même des renseignements que peut fournir l'hématologie dans les syndromes hémorragiques. Nous avons consacré un chapitre aux formes pseudo-salpingiennes des grossesses extra-utérines, et cité les travaux de LECÈNE et MONDOR, à la suite de LILIAN-FARRAR. C'est grâce à une courbe de la formule sanguine qu'on arrivera à dépister le début du saignement intrapéritonéal, non seulement grâce à l'abaissement progressif du nombre des globules rouges, mais aussi à une leucocytose oscillante, augmentant rapidement en raison du sang frais épanché et diminuant rapidement, jusqu'à une nouvelle fissuration.

Il va sans dire que tous ces résultats n'ont de valeur qu'en dehors de la vaccinothérapie et que les causes d'erreurs restent encore trop nombreuses pour qu'on prenne à la lettre les réponses du laboratoire.

« *Les signes hématologiques seront toujours ajoutés aux signes*

de clinique : c'est de leur confrontation que doit être attendue la bonne interprétation pratique. »

Savoir palper un abdomen, ne pas oublier le toucher, attribuer toute leur valeur aux signes fonctionnels et généraux, douleur, pouls, faciès, voilà, avant d'avoir recours à la radio et au laboratoire, ce qui doit, plus que tout, constituer la force du clinicien et assurer son autorité.

Nous en avons fini avec cette étude de l'accalmie traîtresse dans les syndromes abdominaux urgents. Nous nous sommes appuyé sur un certain nombre d'anecdotes cliniques pour rappeler son existence possible dans les péritonites, les occlusions, les hémorragies intra-péritonéales, les traumatismes. Certes, nous sommes loin d'avoir cité toutes les maladies où cette évolution particulière pouvait s'observer. Ce n'est qu'à la lecture d'observations multiples qu'on pourrait arriver à une connaissance plus complète de ces cas. Au surplus, ce ne fut pas notre but, et nous ne prétendons pas davantage avoir découvert des faits nouveaux.

Nous espérons simplement laisser au lecteur une impression générale sur la *rareté de l'accalmie intégrale et vraiment traîtresse et sur la nécessité d'un examen clinique complet*, analysant tous les symptômes, les discutant, et les critiquant pour en faire jaillir la lumière, sans se laisser égarer par des apparences fausement rassurantes.

Pour terminer, nous citerons les phrases mêmes de DIEULAFOY, par lesquelles il concluait sa magistrale clinique :

« *Voilà les moments difficiles de notre belle profession. Prendre d'aussi graves décisions et en assumer la responsabilité, tel est le rôle auquel nous ne devons jamais nous soustraire, quand notre conscience nous l'ordonne.* »

Conclusions.

1° L'accalmie traîtresse en pathologie abdominale aiguë doit avoir actuellement une portée plus restreinte que dans les descriptions classiques en raison des progrès de la clinique et des décisions opératoires urgentes plus fréquentes et plus facilement acceptées.

Il faut faire dépasser à l'accalmie traîtresse son cadre primitif de l'appendicite et l'étudier dans tous les syndromes abdominaux aigus. C'est un cas de pathologie générale.

L'accalmie intégrale et vraiment traîtresse, constituant un intervalle libre, existe, mais elle est *très rare*, et la plupart du temps il n'y a traîtrise qu'en apparence, parce qu'on n'a pas su rechercher tous les symptômes et leur attribuer leur valeur respective, parce qu'on n'est pas intervenu en temps opportun ou parce qu'une thérapeutique erronée a été instituée.

2° Dans les *syndromes péritonéaux*, elle repose sur la méconnaissance des signes de péritonite au début, en particulier la contracture et sur l'attente de signes qui n'apparaîtront que beaucoup plus tard, sur une confiance trop facile accordée à la disparition de la douleur, ou sur une temporisation en présence d'une crise jugée bénigne, mais d'avenir imprévisible.

Dans les *occlusions*, l'accalmie traîtresse est surtout morale. Elle repose sur une trop grande confiance dans des évacuations rectales alors que l'obstacle n'est pas levé, et que l'intoxication progresse, ou encore, sur un apaisement des phénomènes douloureux, alors que l'anse étranglée continue à être dangereusement compromise dans sa vitalité.

Dans les *hémorragies intra-péritonéales*, c'est le relèvement momentané de l'état général, entre deux épisodes traduisant le saignement, qui constitue l'accalmie. Tout se passe comme s'il

s'agissait d'un seuil de résistance à l'hémorragie, si bien que souvent, existe une période de latence avant que se précipitent les accidents dramatiques. En outre, la grossesse extra-utérine peut se présenter sous des aspects cliniques trompeurs d'avortement ou de salpingite, risquant d'amener une dangereuse temporisation.

C'est dans les *contusions de l'abdomen* qu'apparaît dans toute sa pureté l'intervalle libre, le silence abdominal, tandis que se prépare l'hémorragie par rupture de viscère plein (rate), ou la péritonite par chute d'escarre intestinale ou désinsertion mésentérique. Le diagnostic sera fait de nuances, constatées à des examens répétés. Ici encore il faut insister sur le signe majeur de la contracture abdominale.

Quant aux *plaies de l'abdomen*, elles sont intéressantes au point de vue de l'intervalle libre qui peut séparer l'accident des manifestations cliniques. Mais il s'agit d'un intérêt surtout théorique, l'indication opératoire systématique étant toujours automatiquement posée.

3^o L'étude de la *pathogénie* de l'accalmie traîtresse entraîne à envisager d'abord la physio-pathologie normale des affections abdominales aiguës. Deux symptômes sont particulièrement importants par les problèmes de pathologie générale qu'ils soulèvent et par les décisions qu'entraîne leur apparition ou leur disparition ; il s'agit de la *douleur* et de la *contracture abdominales*. L'une et l'autre reconnaissent une origine viscérale pure et une origine péritonéale (péritoine pariétal).

L'accalmie traîtresse peut être expliquée par des *modifications anatomiques* de l'organe lésé, ou des *modifications physiologiques*, soit encore par des *modifications thérapeutiques*.

Ces dernières sont évidentes, et il convient d'insister en particulier sur les méfaits de la morphine.

Il existe une modification anatomique essentielle à la base d'un grand nombre d'accalmies traîtresses : c'est le *sphacèle*, expliquant bien des apaisements de la douleur tandis que se constitue une péritonite par perforation.

Quant aux modifications physiologiques, elles consistent en un *endiguement momentané* des lésions, dans la *couverture* des perforations et leur obturation passagère, dans un état de *sidé-*

ration du péritoine, dans une diminution de virulence des germes, dans le relâchement temporaire d'un spasme intestinal, ou dans une hémostase spontanée provisoire.

Enfin, il faut considérer encore, dans certains cas d'accalmie traîtresse, l'élément fourni par la *disparition de l'état de shock*.

4^o En définitive, le dernier mot revient à la clinique. Non seulement le chirurgien devra mettre en œuvre tous les procédés habituels d'examen, afin de ne pas méconnaître le ou les symptômes décisifs mais dans bien des cas, il trouvera encore de précieux renseignements dans la *radioscopie de l'abdomen et l'étude de la formule sanguine*. Ces deux examens sont faciles et rapides, ne retardant pas sensiblement la décision opératoire. Il est à souhaiter que les installations médico-chirurgicales modernes en permettent aisément la pratique.

C'est grâce à une meilleure connaissance des syndromes abdominaux aigus, par une clinique plus approfondie et plus sûre, par des examens répétés, une surveillance éclairée du malade et la chirurgie d'urgence dès qu'elle s'impose, qu'on arrivera à faire de l'accalmie traîtresse un cas exceptionnel. *La trahison résidera surtout dans l'optimisme trop facile du clinicien, ses insuffisances d'examen, ses erreurs de diagnostic ou de traitement, son indécision opératoire.*

Vu : le Président de la thèse,
LENORMANT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Les plaies de l'abdomen. 1 vol. Masson.
- ACKERMANN. — Perforations d'ulcères gastro-duodénaux. Thèse de Lausanne, 1896.
- AIGROT. — De l'obturation spontanée de certaines perforations d'estomac en péritoine libre. *Presse méd.*, 8 janv. 1927.
- AMELINE. — Trois cas de contracture abdominale à l'occasion d'hémopéritonies aseptiques. *Soc. de Chir.*, 8 avril 1933, Rapport Basset.
- ARNAUD. — Défense et contracture abdominales. *Gaz. méd. Sud-Est*, 15 mars 1930.
- ARMENGAU. — Appendicite sénile. Thèse de Toulouse, 1906.
- AUMONT. — Contusion de l'abdomen. Rapport Grégoire. *Soc. de Chir.*, 17 nov. 1926.
- AUROSSEAU et ARMINGEAT. — Eclatement du pancréas. Rapport Mocquot. *Soc. de Chir.*, 5 déc. 1928.
- AUVRAY. — Traumatisme grave de la rate. *Soc. de Chir.*, 11 juin 1924.
— Iléus biliaire. *Soc. de Chir.*, 1928, p. 1414.
- BAÇULESCU. — Travail de la clinique P. Delbet sur les ruptures de grossesse extra-utérines. *Rev. de Chir.*, 1912, p. 946.
- BARILLET. — Erreurs de diagnostic dans l'appendicite de l'enfant. Thèse de Paris, 1907.
- BARTHELÉMY. — Sur la grossesse extra-utérine. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 26.
— Rupture traumatique du duodénum. *Soc. de Chir.*, 21 avril 1920.
- BARTHES. — Les perforations couvertes des ulcères gastroduodénaux. Thèse de Paris, 1933.
- BASSET. — Rupture traumatique de la rate. *Soc. de Chir.*, 17 nov. 1926.
— Rupture du foie. *Soc. de Chir.*, 4 mars 1925.
— Rupture du foie. *Soc. de Chir.*, 19 oct. 1927.

— Onze cas d'ulcères perforés. *Soc. de Chir.*, 23 janv. 1929.

BAUDET. — La contracture abdominale. *Rev. de Chir.*, 1932.

BAUMANN. — Les hémopéritoïnes génitales non gravidiques. Thèse de Paris, 1934.

BAUMGARTNER. — Plaies thoraco-abdominales. *Soc. de Chir.*, 1917.

BAZY (Louis). — Péritonite biliaire. *Soc. de Chir.*, 28 janv. 1925.

BEGOUIN. — La ponction du Douglas. *Rev. franç. Gyn. et Obst.*, 2 fév. 1930.

BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite, 1 vol., 1923.

BERNARD (Raymond) et JOMAIN. — Appendicite du vieillard. *Monde méd.*, 1^{er} sept. 1934.

BERTRAND. — Six observations de grossesse extra-utérine. *Toulouse méd.*, 1^{er} mai 1934.

BONNECAZE. — Les volvulus du grêle. Thèse de Paris, 1924.

BONNECAZE et LE CHAUX. — Iléus biliaire. *Arch. des maladies de l'app. digest.*, 1924, p. 201.

BONNET. — Diagnostic de l'inondation péritonéale. *Gyn. et Obst.*, août 1925.

BINET. — L'occlusion intestinale expérimentale, 1 vol.

BISONO. — Grossesses tubaires rompues. Thèse de Paris, 1931.

BRÉCHAT. — Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Soc. Chir.*, 24 nov. 1926.

BREITBOURG (M^{lle}). — Essai critique sur le signe du ventre de bois. Thèse de Toulouse, 1914.

BRIN. — Péritonites typhiques. Thèse de Paris, 1911.

BROCA. — Leçons de chirurgie infantile, t. I et II.

CADENAT. — Perforation intestinale typhique. *Soc. de Chir.*, 8 juill. 1925.

— Rupture de la rate. *Soc. de Chir.*, 22 oct. 1930.

CARAVEN. — La caduque des grossesses extra-utérines. *Picardie méd.*, juin 1930.

COPHER et GLOVER. — Un moyen d'aider au diagnostic des perforations d'ulcères. *Journ. of the American Med. Assoc.*, mars 1924.

COTTLE et SPALDING. — La radio dans les ulcères perforés. *Annals of Surgery*, mars 1927.

COULOMBIER. — Perforation gastrique à signes frustes. *Journ. Sc. méd.*, Lille, 22 mai 1932.

COURBOULES. — Rupture du pancréas. *Soc. de Chir.*, juin 1924 et *Lyon Chir.*, 1926, p. 91.

CHABRUT. — Perforations d'ulcères en péritoine libre. *Journ. de Chir.*, 1931, p. 658.

CHAPUT. — Plaie de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 1900.

CHATON. — Sur la pâleur dans la grossesse extra-utérine. *Soc. Obst. et Gyn.*, 1921, p. 57.

CHAVANNAZ. — Réduction en masse des hernies étranglées. *Rev. de Chir.*, 1927.

CHEVRIER. — Rupture de la rate. *Soc. de Chir.*, 6 avril 1932.

DARAIGNEZ. — Iléus biliaire. Thèse de Bordeaux, 1921.

DAMBRIN. — La contracture abdominale. Thèse de Paris, 1903.

DEAVER (John). — Quand doit-on et quand ne doit-on pas ouvrir le ventre ? *Ann. of Surgery*, mars 1929.

DELBET. — Sur l'accalmie traîtresse de l'appendicite. *Soc. de Chir.*, 18 juin 1913.

DELMAS. — L'appendicite. Thèse de Paris, 1924.

DESCARPENTRIES. — Contusion de l'abdomen. Rapport Lecène, *Soc. de Chir.*, 15 fév. 1928.

DELORE. — Plaies de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 1915, p. 1464.

DIEULAFOY. — Appendicite. Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu, 1896, t. III, 16^e leçon.

— Ulcère perforé. Clin. Méd. Hôtel-Dieu, t. I, 11^e leçon ; t. II, 5^e leçon.

DIONIS DE SÉJOUR. — *La Gynécologie*, 1922, p. 737.

DURAND. — Péritonite purulente par perforation d'appendice chez le vieillard. Thèse de Toulouse, 1928.

ESTOR. — Plaies de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 24 fév. 1926.

FAURE (J.-L.). — *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*.

FIOLLE. — Période de latence des ruptures de la rate. *Soc. de Chir.*, 4 fév. 1920.

GAND. — Appendicite chez les sujets âgés. Thèse de Lyon, 1906.

GANDY (Maurice). — Perforations d'ulcères gastro-duodénaux. Thèse de Paris, 1934.

GAUTHIER. — Ruptures de grossesses tubaires. Thèse de Paris, 1893.

GERNEZ et MOULONGUET. — Le curettage explorateur dans la grossesse extra-utérine. In *Diag. Anatomo-clin.* de P. Lecène (Masson).

GIBSON. — Perforations gastro-duodénales. *The Journ. of the Médic. Assoc.*, 6 oct. 1928.

GOSSET. — Ulcères perforés. *Soc. Chir.*, 28 fév. 1923.

- Plaies pénétrantes de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 20 fév. 1924.
- GOSSET et BERGER (J.). — De l'intervention d'urgence dans l'appendicite aiguë. *Presse méd.*, 10 déc. 1919.
- GRÉGOIRE. — Contusion de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 17 nov. 1926.
- Ulcère gastrique perforé en silence. *Soc. de Chir.*, 12 déc. 1930.
- Perforation d'ulcère du côlon pelvien. *Rev. de Chir.*, 1920.
- GRUNFELD. — Perforations couvertes des ulcères gastro-duodénaux. Thèse de Paris, 1932.
- GUINARD. — Article appendicite, In *Traité de Chir. Le Dentu et Delbet*.
- GROSS (F. et G.). — Sur le pneumopéritoine. *Rev. de Chir.*, 1904, p. 137.
- HARTMANN. — Contusions de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 6 mars 1901.
- Iléus biliaire. *Chir. des voies biliaires*, 1923.
- Iléus biliaire. *Soc. de Chir.*, 12 fév. 1930.
- HOCHMILLER. — Rupture de la rate en deux temps. *Centralblatt für Chir.*, 19 déc. 1931.
- ° HOFFMANN. — Sur la contracture. *Beiträge für Chir.*, 1910, p. 70.
- HOUOT. — Grossesse extra-utérine. Thèse de Strasbourg, 1933.
- JACQUIN. — La douleur dans la grossesse extra-utérine. *Compte rendus Soc. Obst. et Gyn.*, 1921, n° 4, p. 237.
- JANNENEY. — Indications thérapeutiques dans les syndromes abdominaux aigus. *Gaz. Hôp.*, 4 et 11 mai 1929.
- JEANNENEY et ROSSET-BRESSANT. — *Revue franç. Gyn. et Obst.*, fév. 1930, p. 156.
- JUDINE. — Nouvelle série d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Journ. de Chir.*, août 1931.
- KELLOG. — La radio dans les perforations gastro-intestinales. *New-York Med. Journ.*, sept. 1931.
- KIRMISSON et GUIMBELLOT. — Appendicite du nourrisson. *Revue de Chir.*, 10 oct. 1906.
- KLECKI. — *Annales Institut Pasteur*, sept. 1898.
- KMENT. — Rupture de la rate en deux temps. *Centr. für Chir.*, 30 août 1930.
- KRECKE. — Diagnostic précoce des contusions de l'abdomen (*Münschen Med. Woch.*, nov. 1926).
- KRIEGE. — Pneumopéritoine. *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1892.
- KUDLECK. — La radio dans les ulcères perforés. *Centr. für Chir.*, 1923, n° 21.

- LAFFONT. — Douleur élevée dans la grossesse extra-utérine. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1919, n° 11, p. 232.
- Douleur élevée dans la grossesse extra-utérine. *Presse méd.*, 23 fév. 1924.
- LAGROT. — Douleur élevée dans la grossesse extra-utérine. *Bull. Obst. et Gyn.*, juin 1933.
- LAMARRE et LARGET. — Iléus biliaire. *Soc. de Chir.*, Paris, 1928, p. 1313.
- LARDENNOIS. — Perforation spontanée du cæcum. *Soc. de Chir.*, 17 mars 1920.
- LAWSON-TAIT. — *Britisch. Med. Journ.* Lecture on ectopic frequency and pelvis hématocele.
- LECÈNE. — Rupture de la rate, cas de d'Allaines. *Soc. de Chir.*, 2 nov. 1927.
- Contusions de l'abdomen et contracture. *Soc. de Chir.*, 15 fév. 1928.
- Ulcères G. D. *Soc. de Chir.*, 21 avril 1920.
- Ulcères G. D. *Soc. de Chir.*, 12 juill. 1922.
- LEMAIRE. — La douleur viscérale. Communication à l'Académie royale de Belgique, 24 fév. et 24 avril 1926.
- LENK. — Pneumopéritoine spontané dans les plaies de l'estomac et de l'intestin. *Münch. mediz. Woch.*, août 1916.
- LEGRAND. — Péritonite biliaire. Rapport Bazy. *Soc. de Chir.*, 28 janv. 1925.
- LENOIR. — Contusions du pancréas. Thèse de Paris, 1911.
- LENORMANT. — Eclatement de la rate par balle. *Soc. de Chir.*, 19 mars 1919.
- Eclatement du foie. *Soc. de Chir.*, 1^{er} mars 1933.
- LENORMANT et HARTMANN-KLIPPEL. — Etude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. *Clin. et Obs.*, mars 1923, p. 273.
- LESNE. — Volvulus du cæcum. Thèse de Toulouse, 1923.
- LILIAN FARRAR. — La leucocytose dans les hémopéritoines. *Surg. Gyn. and Obst. Chicago*, nov. 1925.
- MAES. — La contracture abdominale. Thèse de Paris, 1933.
- MAISONNET. — Rôle de défense du grand épiploon. Thèse de Lyon, 1908.
- Plaie pénétrante de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 10 avril 1929.
- MARCHAL. — Hémorragies et hémostase. *Science méd. prat.*, 15 nov. 1934.

- MATHIEU et GUIBAL. — Douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, juin 1924.
- METZGER. — Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, 1924.
- MICHAUX. — Intervention dans les contusions de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 20 mars 1895.
- MILIAN. — La mobilité défensive du grand épiploon. *Gaz. des Hôp.*, 1^{er} juill. 1899.
- MOCQUOT. — Plaies thoraco-abdominales. *Soc. de Chir.*, 26 mai 1929.
— Rupture de la rate et du pancréas. *Soc. de Chir.*, 5 déc. 1928.
- MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen, 1 vol., Masson.
— Les ulcères perforés en plusieurs temps. *Bull. méd.*, 13 déc. 1930.
— Sur les formes frustes et l'accalmie dans les ulcères perforés. *Soc. de Chir.*, 12 fév. 1930.
- MONDOR et PORCHER. — Le pneumopéritoine. *Journ. de Chir.*, janvier 1933.
- MORWA. — Ruptures de la rate. *Rev. de Chir.*, 1932.
- MOURE. — Ulcère perforé du côlon pelvien. *Soc. Anat.*, Paris, 1922.
- OULIÉ. — Le shock traumatique. Thèse de Paris, 1918.
- OMBREDANNE. — Précis de chirurgie infantile.
- PAQUET. — Le poulx dans la grossesse extra-utérine. *Soc. Obst. et Gyn.*, 1921, n° 8.
- PENTHER. — Volvulus du cæcum. Thèse de Paris, 1923.
- PERRIN. — Rupture de la rate. *Lyon Chir.*, 1925.
- PHILARDEAU. — Plaies non pénétrantes pariétales de l'abdomen. Thèse de Paris, 1919.
- PICOT. — Perforation couverte de l'estomac. *Soc. Anat. Paris*, 30 oct. 1903.
- POTHERAT. — Rupture de la rate. *Soc. de Chir.*, 25 mai 1910.
- PLISSON et CLAVELIN. — Ulcère perforé avec accalmie. Rapport Bréchet. *Soc. de Chir.*, 24 nov. 1926.
- POPPER et KLEIN. — Pneumopéritoine. *Der Chir.*, 1^{er} nov. 1931.
- POZZI. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.
- QUÉNU (J.). — Ruptures traumatiques de la rate. *Journ. Chir.*, oct. 1926.
— Plaies de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 16 et 23 juin 1915.
— Le syndrome parapéritonéal dans les plaies non pénétrantes de l'abdomen. *Paris méd.*, 1915.
— Iléus biliaire. *Bull. méd.*, nov. 1930.

- SAVARIAUD. — Appendicite de l'enfant. *Soc. de Chir.*, 30 avril 1913.
- SCHWARTZ. — Contusions de la rate. *Soc. de Chir.*, 18 fév. 1920.
- SCHWARTZ et QUÉNU (J.). — Plaies thoraco-abdominales. *Paris méd.*, 18 oct. 1919.
- SENCERT et FERRY. — Désinsertions mésentériques. *Journ. de Chir.*, 1921, p. 521.
- SOUPAULT. — Perforation d'ulcère simple du côlon. Rapport Proust. *Soc. de Chir.*, 10 mars 1920.
- Appendicite pelvienne. *Rev. Chir.*, 1930, p. 181.
- Du signe de la sonorité pré-hépatique dans la perforation des ulcères gastro-duodénaux. *Presse méd.*, 19 janv. 1930.
- SPROAT-HEANNEY. — Analysis of the signes and symptoms of early ectopic pregnancy. *American journal of obst.*, juill. 1919.
- RICARD. — Le shock péritonéal réflexe dans le tableau des grossesses tubaires rompues. *Presse méd.*, 26 avril 1930.
- Contusion de l'abdomen. Rapport Hartmann. *Société de Chir.*, 6 mars 1901.
- ROUHIER. — Rupture de la rate. *Soc. de Chir.*, 1^{er} mars 1933.
- TASSO ASTERIADES. — Péritonites typhiques. *Presse méd.*, 17 juin 1925.
- TUFFIER. — Plaies de l'abdomen. *Soc. de Chir.*, 1916, p. 1136.
- VERGOZ et PLANTY. — Grossesses tubaires rompues. *Revue franç. Gyn. et Obst.*, mars 1925.
- VAUGHAN et SINGER. — La radio dans les ulcères perforés. *Surg. Gyn. Obst.*, nov. 1929, p. 593, et janv. 1930, p. 10.
- WIART. — *Soc. Chir.*, 5 mai 1920.
- WILLMOTH. — Ulcères perforés. *Journ. de Chir.*, t. 36.

